Nr. 42. 18. października 1931 Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

W. GRABOWSKI i H. HILAROWICZ. Lwów.

W sprawie sinistropozycji części odźwiernikowej i odźwiernika.

Z II Kliniki chorób wewnętrznych (Dyr.: Prof. Dr. Rencki) i Kliniki chirurgicznej (Dyr.: Prof. Dr. Schramm) U. J. K. we Lwowie.

Przypadek, który poniżej opisujemy, należy do niezmiernie ciekawych i rzadkich zmian położenia żołądka, którego interpretacja rentgenologiczna nastręcza wiele trudności i rozbieżności zdań. Przypadek ten opisany został w roku 1925 przez E. Meiselsa w IV. tomie *Acta radiologica*, jako skręcenie żołądka *(torsio ventriculi)*.

Dotyczy on 28-letniego mężczyzny, urzędnika bankowego, który zgłosił się do Kliniki 19. marca 1930. W wywiadach podaje: W dzieciństwie przebył odrę, następnie częste zapalenia gardła. W roku 1920 przebył czerwonkę. Od wczesnej młodości cierpi na bóle, występujące w dołku podsercowym na czczo, ustępujące po przyjęciu pokarmów. Od lat 5-ciu bóle te występują w większem nasileniu, promieniując ku plecom i ku stronie prawej. Częściej występują one przed jedzeniem, w ostatnich jednak czasach także i po przyjęciu pokarmów. Nasilenie bólów stale zwiększa się, wystąpiło pieczenie w przełyku, gorzki posmak w ustach, a kilkakrotnie w ostatnich tygodniach wymioty treścią spożytych pokarmów. Mimo utrzymywania przepisanej przez lekarzy diety stan chorego pogarszał się, tracił on na wadze i to skłoniło go do zgłoszenia się do Kliniki. Apetyt utrzymany. Nie kaszle. Nie odpluwa. Stolec często zaparty.

Badaniem fizykalnem stwierdza się: wzrost słuszny, skóra blada z odcieniem brunatnym, tkanka tłuszczowa podskórna słabo rozwinięta. W obrębie czaszki zmian nie stwierdza się. Migdałki powiększone, niezaczerwienione. Płuca bez zmian. Narząd krążenia bez zmian. Brzuch nieco zapadnięty. Powłoki brzuszne jędrne. Napięcia mięśni brzusznych, ani nieprawidłowych oporów nie stwierdza się. Ograniczona bolesność tuż ponad pępkiem w linji środkowej. Wątroba i śledziona niepowiększone.

Badanie moczu składników nieprawidłowych nie wykazuje. Badanie treści żołądkowej wykazuje wyższe kwasoty na czczo i po próbie białkowej (na czczo 60 całkowita, 50 od kwasu solnego wolnego, po próbie białkowej 69 całk., 49 od HCl wolnego, po obiedzie próbnym 99 całk., 78 od HCl wolnego). Badanie krwi wykazuje: ciałek czerwonych 4.160.000, ciałek białych 3,300, % Hb 71, indeks 0,8. Badanie cytologiczne krwi wykazuje limfocytozę (30,5%). Ciśnienie krwi RR 107/67 mm. Odczyn Pirquet'a ujemny. Odczyn Wassermanna i Sachs-Georgiego ujemny. Badanie stolca kilkakrotnie wykonane przy diecie bezmięsnej wykazuje stale próbę benzydynową dodatnią.

Badanie rentgenologiczne: Pola płucne i cień środkowy bez zmian. Przepony niżej ustawione, dość dobrze ruchome. Treść kontrastowa przechodzi przez przełyk gładko, bez zatrzymywania się. Światło przełyku prawidłowo szerokie. Przebieg nie odbiega od normy. Wpust leży prawidłowo. Treść kontrastowa wypełnia najpierw część wpustową żołądka, zatrzymując się chwilę na przejściu w część środkową, następnie przechodzi do części środkowej oraz wypełnia część odźwiernikową, która zamiast na stronę prawą przebiega na lewo. Fałdy błony śluzowej wyraźnie zgrubiałe. Po silniejszem wypełnieniu żołądek przedstawia się w kształcie haka o odwrotnem ułożeniu części dolnej. Najniższy punkt krzywizny dużej sięga nieco niżej grzebienia biodrowego. Napięcie ścian żołądka dobre. Poza ząbkowaniem krzywizny dużej w części kardjalnej kontur obu krzywizn gładki. Na przejściu części wpustowej w część środkową żołądka widoczne od strony krzywizny dużej stale utrzymujące się wcięcie, niezbyt głębokie, o zarysach gładkich, pogłębiające się przy przechodzeniu fali perystaltycznej. Perystaltyka żywa, przecinająca, zaczyna się wysoko w części wpustowej i przebiega do odźwiernika. Część odźwiernikowa — zwrócona ku stronie lewej zamiast prawej — zmian w konturach ścian nie wykazuje. Opuszka dwunastnicy daje się po pewnym czasie przedstawić, wypełnia się stale przelotnie, dość wąska, na zdjęciach upatrzonych widoczne poprzeczne przebiegające zgrubiałe fałdy błony śluzowej. Przy ucisku bolesność, stale umiejscowiona, pokrywa się z cieniem opuszki. Część zstępująca dwunastnicy tworzy krótki łuk, wypukłością zwrócony ku stronie lewej, następnie zaś treść kontrastowa przebiega szybko przez pętlę, pokrytą w prześwietleniu tylno-przedniem przez cień wypełnionego żołądka. (Ryc. 1). Czas opróżniania żołądka prawidłowy. Kiszka gruba poza lekkiego stopnia obniżeniem zgięcia wątrobowego zmian w wypełnieniu i czynnościach motorycznych nie wykazują.



Ryc. 1. Rentgenogram przed operacją.

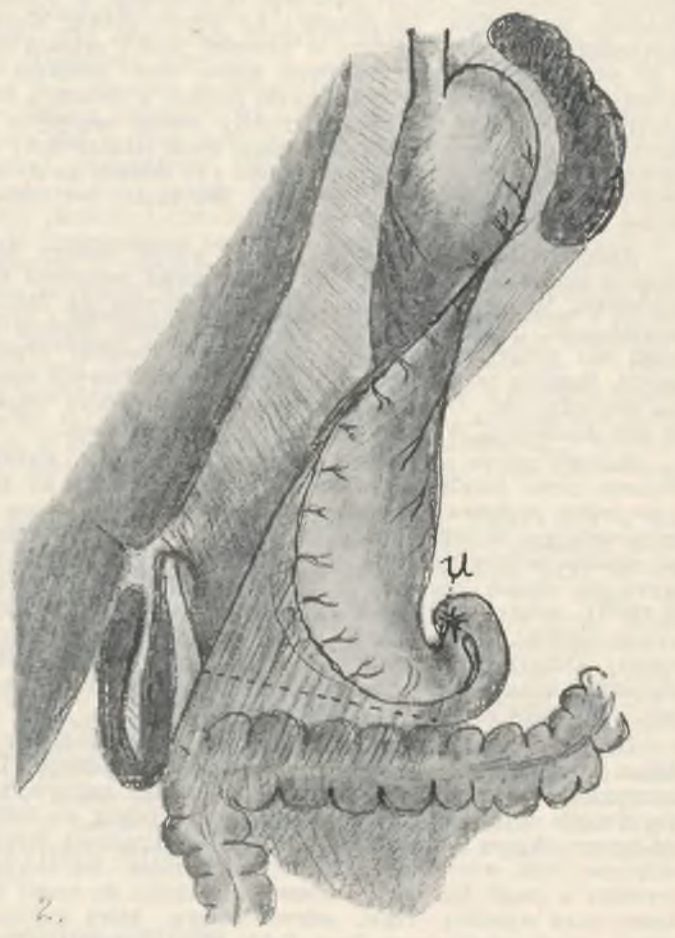
Chory pozostawał w obserwacji klinicznej do 12. IV. 1930. Otrzymywał alkalja z atropiną i papaweryną. W czasie tym pozostawał na ścisłej diecie. mimo to jednak stan podmiotowy chorego nie ulegał zmianie. Bóle i pieczenie w przełyku utrzymywały się z dawnem nasileniem. Przybytek na wadze wynosił 1300 g. Badanie treści żołądkowej, jak i badanie rentgenowskie, powtarzane kilkakrotnie, wykazywały stale stan, jak poprzednio.

Dane anamnestyczne, stale utrzymujące się bóle, bolesność uciskowa ściśle umiejscowiona, badanie treści żołądkowej, wykazujące nadkwaśność, dodatnia próba benzydynowa, a przedewszystkiem wynik badania rentgenowskiego uprawniał do przyjęcia i rozpoznania wrzodu dwunastnicy obok zmiany położenia części odźwiernikowej żołądka. O ile sama zmiana położenia części odźwiernikowej żołądka, względnie skręcenie jego około osi długiej mogło być przyczyną dolegliwości opisanych, nie możemy rozstrzygnąć. Chory wprawdzie podaje bóle od wczesnej młodości, co przemawiałoby za łącznością ich ze zmianą w położeniu żołądka, lecz badany już przed 5-u laty przez E. Meiselsa wykazywał przelotne wypełnianie opuszki dwunastnicy, zwężenie wyraźne jej światła oraz nieostrość konturu, chociaż nie było bolesności uciskowej. Meisels interpretował obraz rentgenologiczny, analogiczny, jak obecnie opisaliśmy, jako skręcenie żołądka dookoła osi długiej *(torsio)*. Mechanizm tego skręcenia nie mógł być z pewnością podany. Uważał M. to skręcenie za wrodzoną wadę „w tem znaczeniu, że żołądek w czasie rozwoju

zamiast prawidłowego obrotu na lewo [1]) i ku przodowi wykonał obrót na prawo [1]); w ten sposób tylna ściana żołądka przylega do ściany przedniej jamy brzusznej". Meisels przytacza jednak, jako możliwą przyczynę położenia tego żołądka, zrosty między śledzioną a odźwiernikiem. W odróżnieniu od zawęźlenia żołądka *(volvulus)*, które jest wynikiem skręcenia zarówno dookoła osi długiej, jak i poprzecznej, przebiegającej przez górną część żołądka, *torsio* powstaje wskutek skręcenia dookoła osi długiej, stąd brak tych objawów gwałtownych niedrożności, które towarzyszą zawęźleniu. Przypadek Weissa *(Fortschr. auf d. Geb. Röntgenstrahlen 1923)* należy uważać wedle Meiselsa również za skręcenie żołądka, a nie za zawęźlenie. W nowszem piśmiennictwie spotykamy opis zupełnie analogiczny do przypadku przez nas opisanego, podany przez Eisensteina *(Fortschritte* T. 36), który to przypadek autor interpretuje jako *situs inversus partialis pylori et duodeni*. Révesz wystąpił przeciwko tej interpretacji, uważając ten kształt żołądka za rodzaj żołądka kaskadowatego, a przyczynę tak wyglądającego przemieszczenia upatrywał w bębnicy znacznego stopnia, mającej w większości przypadków za podłoże zaburzenia rozwojowe kiszki grubej *(Megacolon, Macrosigma)*. Na podstawie długiej obserwacji, jako też równoczesnego wypełniania żołądka i kiszki grubej możemy z całą pewnością wykluczyć w naszym przypadku bębnicę, względnie jakąkolwiek zmianę rozwojową lub zmianę położenia kiszki grubej. Przypadek Schnitzlera i Spitzera *(Med. Klin.* 1926), którego obraz rentgenologiczny wykazywał dużą analogję z przypadkiem Eisensteina i naszym, ma potwierdzenie operacyjne. Wykazano bowiem nieprawidłowy przebieg żyły wrotnej przed żołądkiem i ku stronie prawej, wskutek czego część środkowa żołądka była przesznurowaną, a odźwiernik zwrócony był na lewo. W naszym przypadku trudne było przyjęcie tego rodzaju anomalji rozwojowej, gdyż przesuwalność żołądka była zupełnie dobra, podatność ścian prawidłowa, czego nie spotykaliśmy w razie przesznurowania i umocnienia żołądka przez nieprawidłowy przebieg naczyń. W piśmiennictwie anatomicznem znane są przypadki całkowitego przemieszczenia żołądka bez przemieszczeń organów miąższowych jamy brzusznej. W erze rentgenowskiej opublikowano pojedyncze przypadki *situs inversus partialis abdominis*. Tu należy przypadek Czepy, Saupe-Hallermanna, oraz ostatnio Determanna, dalej przypadki Fleinera, Grossmann-Mellera, Le Goffa i Fraikin-Burill-Nobleta. Z wymienionych przypadków zaledwie kilka należy do drugiej grupy, wyodrębnionej przez Risela „czystej transpozycji wyłącznie żołądka". W przypadku Czepy żołądek i śledziona leżały po stronie prawej, wątroba po lewej. W przypadku Grossmann-Mellera chodziło również o *situs viscerum inversus subdiaphragmaticus*, w przypadku Goffa, Fraikin-Burill-Nobleta, a także w dwóch przypadkach Determanna najprawdopodobniej zachodziło przemieszczenie narządów miąższowych, jakkolwiek nie można było z całą pewnością przy badaniu rentgenologicznem wykazać ich położenia. Saupe-Hallermann mogli podać kontrolę sekcyjną, wykazującą położenie wątroby po stronie prawej, przyczem płat prawy wątroby był stosunkowo mały, lewy większy. Śledziona leżała w prawej części jamy brzusznej. Żołądek był w położeniu odwrotnem, trzustka również, a także stwierdzono *mesenterium commune*. W naszym przypadku z całą pewnością mogliśmy stwierdzić prawidłowe położenie wątroby i śledziony, co uprawniało nas do rozpoznawania odosobnionej transpozycji żołądka (II. grupa Risela). Powyżej poruszyliśmy już kwestję dolegliwości żołądkowych i stosunku ich do zmiany położenia żołądka. Na podstawie zestawienia przypadków opisanych w piśmiennictwie nie można z pewnością twierdzić, by sama zmiana położenia szła zawsze z klinicznemi dolegliwościami, jednak w większości przypadków dolegliwości żołądkowe spowodowały badanie rentgenowskie. Szczególną uwagę zwróciliśmy w kierunku obecności zmian rozwojowych, rentgenologicznie dających się wykazać w obrębie narządów klatki piersiowej oraz przewodu pokarmowego. Na podstawie skrupulatnego badania mogliśmy jednak podobne zmiany wykluczyć.

Rozważając całość obrazu klinicznego i wynik badania rentgenologicznego, rozpoznaliśmy wrodzoną odosobnioną transpozycję żołądka i dwunastnicy oraz wrzód opuszki dwunastnicy. Brak poprawy po blisko 4-tygodniowem leczeniu konserwatywnem skłonił nas do skierowania chorego do zabiegu operacyjnego. Zabieg operacyjny wykonany w Klinice chirurgicznej przyniósł niespodziewane wyjaśnienie opisanego rentgenologicznie niezwykłego ułożenia żołądka.

Zabieg operacyjny (Doc. Dr. Hilarowicz) 15. IV. 1930. W znieczuleniu miejscowem nerwów trzewnych sposobem Kappisa-Roussiele'a i ostrzykaniu powłok brzusznych otwarto jamę brzuszną cięciem środkowem. Po rozciągnięciu brzegów cięcia hakami, stwierdzono następujący *„situs"* jelit, których położenia nie zmieniono przez dotykanie lub wyciąganie na zewnątrz. Pierwszym widocznym narządem jest żołądek, który leży w całości w osi długiej ciała, zwrócony w swej dolnej, tj. odźwiernikowej części krzywizną dużą ku przodowi oraz po stronie prawej, tak, że jego właściwa tylna ściana przylega także do przedniej ściany jamy brzusznej; tętnica żołądkowo-sieciowa widoczna wzdłuż krzywizny dużej. W dolnym odcinku żołądka zwraca się on krzywizną dużą znowu ku linji środkowej t. j. w lewo i przechodzi w początkową część dwunastnicy, która leżąc tuż na lewo od linji środkowej, tworzy dwa krótkie zgięcia zwrócone wklęsłością jedno ku górze, drugie ku dołowi, poczem zwraca się na prawo; tuż za odźwiernikiem na zwróconej ku przodowi ścianie dwunastnicy gwiazdkowata, biaława blizna oraz macalne stwardnienie ściany, przechodzące na ścianę górną. W dalszym przebiegu w kierunku na prawo jest dwunastnica pokryta dość grubą warstwą blaszek otrzewny, rozciągających się od połowy krzywizny dużej żołądka ku prawej części okrężnicy poprzecznej. Po silniejszem rozciągnięciu cięcia brzusznego można stwierdzić, że krzywizna duża przechodzi w górnej t. j. wpustowej części żołądka na lewo, krzyżując się z k. małą, tak, że cała część wpustowa ma już ułożenie prawidłowe, przylegając do prawidłowo umiejscowionej śledziony. Krzywizna mała przebiega równolegle do płaszczyzny strzałkowej, zrazu odsłonięta, poczem znika przykryta przez krzywiznę dużą. Wątroba leży bardzo skośnie, tak, że brzeg jej przedni przebiega prawie równolegle do długiej osi ciała, a lewy płat nie pokrywa żołądka; woreczek żółciowy o dziwnym fajkowatym kształcie, bardzo długi i złożony we dwoje, przyczem obydwa jego ramiona połączone są blaszkami otrzewnej (Ryc. 2.). Po



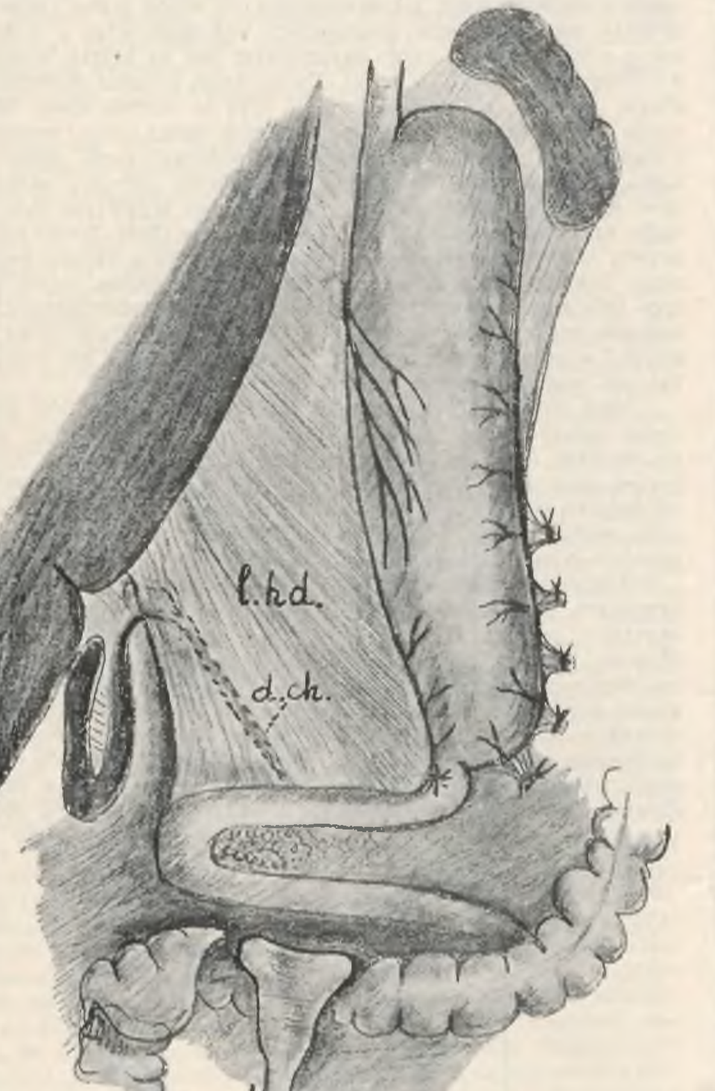
Ryc. 2. *Situs* po otwarciu jamy brzusznej; linja kreskowana oznacza miejsce przecięcia *lig. gastro-colicum* dla uwolnienia krzywizny dużej; U — wrzód dwunastnicy.

stwierdzeniu powyższego *situs* przystąpiono do stwierdzenia przyczyny utrzymującej krzywiznę dużą w nieprawidłowem położeniu. Przy próbie odprowadzenia tejże krzywizny we właściwe położenie t. j. na lewo, a więc rodzaju odkręcenia żołądka w lewo udaje się to z pewnym oporem przedstawianym przez napinające się pasma otrzewny łączące odnośną część krzywizny dużej z okrężnicą poprzeczną po stronie prawej oraz okolicą zgięcia wątrobowego. Pasma te, za któremi od strony prawej znajduje się małe zagłębienie, należy uważać za nieprawidłowo wykształcone więzadło żołądkowo-okrężnicowe *(lig. gastrocolicum)*. Okrężnica biegnie w swej części poprzecznej zupełnie prawidłowo, wznosząc się po stronie lewej ku zgięciu śledzionowemu; połączenie między krzywizną dużą

[1]) Prawdopodobnie omyłka druku, gdyż obrót prawidłowy jest właśnie w prawo.

a okrężnicą poprzeczną istnieje jedynie w dolnym odcinku żołądka. (Por. Ryc. sch. 7 b.). Jelito ślepe, wyrostek, jelito cienkie, esowate, o ile można było je zbadać w czasie operacji, zmian nie przedstawiają.

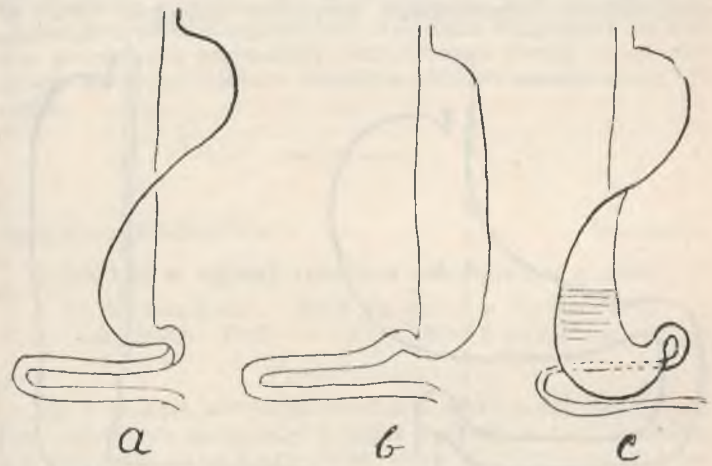
Wobec stwierdzenia wyraźnego modzelowatego wrzodu początkowego odcinka dwunastnicy, przystąpiono do resekcji części odźwiernikowej wraz z wrzodem. W celu uwolnienia żołądka przecięto połączenie między krzywizną dużą a poprzecznicą, (*lig. gastro-colicum*, linja kreskowana na rys. 2), poczem żołądek dał się z zupełną łatwością przekładać krzywizną dużą na lewo, przyjmując i zatrzymując (Ryc. schem. 4 b) położenie mniej więcej prawidłowe. Dopiero po przecięciu powyższego więzadła i odciągnięciu poprzecznicy ku dołowi można było dokładnie stwierdzić dalszy przebieg dwunastnicy (Ryc. 3.). Tworzy ona leżące V, zwrócone



Ryc. 3. *Situs* po przecięciu *lig. gastro-colicum* i odciągnięciu okrężnicy poprzecznej ku dołowi; l. hd. — *lig. hepato-gastro-duodenale;* d. ch — *ductus choledochus.*

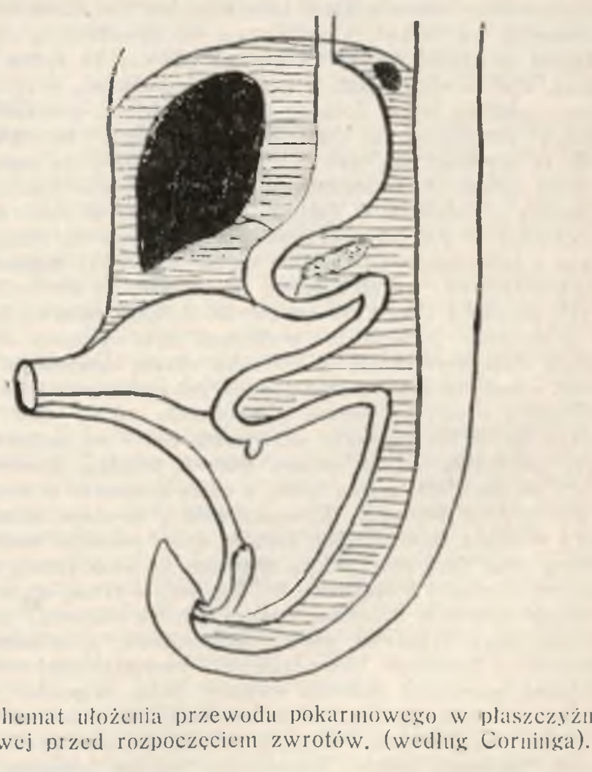
zgięciem daleko na prawo i tamże utwierdzone przez blaszkę otrzewny, przechodzącą na tylną ścianę jamy brzusznej; górne ramię przechodzi tuż na lewo od linji środkowej za pośrednictwem opisanych wyżej skrętów w żołądek, dolne biegnie równolegle ku stronie lewej, gdzie znika pod krezką poprzecznicy, przechodząc w jelito czcze; miejsce przejścia dwunastnicy w żołądek tylko nieznacznie ruchome. Natomiast górne ramię dwunastnicy jest zawieszone na bardzo szerokiem więzadle (*lig. hepato-duodenale*) i daje się unieść od tylnej ściany jamy brzusznej, tak, że za niem istnieje dość głęboka kieszeń, pozostająca w łączności z przestrzenią leżącą za powyższem więzadłem i żołądkiem (*bursa omentalis);* sieć bardzo słabo rozwinięta. Głowa trzustki leży pomiędzy ramionami dwunastnicy. Z woreczka żółciowego prowadzi długi przewód woreczkowy, który następnie uchodzi w przewód żółciowy wspólny bardzo długi, dążący skośnie w więzadle dwunastniczowo-wątrobowem mniej więcej ku połowie ramienia górnego dwunastnicy (Ryc. 3.). Sama resekcja nie przedstawia żadnych ważnych szczegółów; wycięto część odźwiernikową wraz z wrzodem, poczem połączono żołądek z pierwszą pętlą jelita czczego według K r o e n l e i n a - R e i c h l a. Przebieg pooperacyjny prawidłowy; dalsze losy chorego nie wchodzą w zakres niniejszej pracy.

Stwierdzony w czasie operacji stan trzew można określić w następujący sposób: żołądek ułożony w osi długiej ciała; wątroba w podobnem podłużnem ustawieniu. Żołądek okazuje skręcenie dookoła osi podłużnej wskutek przesunięcia dolnej części krzywizny dużej naprzód i w prawo, w którem to położeniu jest ona utrzymana przez połączenie otrzewnowe z prawidłowo ustawioną poprzecznicą. Część wpustowa i śledziona leżą prawidłowo, a skręcenie odpowiada ruchowi zgodnemu z wskazówką zegara, patrząc od strony czaszkowej; wskutek tego krzywizna duża krzyżuje się z małą, prze-



Ryc. 4. a — schemat położenia żołądka po otwarciu jamy brzusznej; b — po przecięciu *lig. gastro-colicum* i repozycji; c — schemat położenia żołądka względem dwunastnicy po wypełnieniu barem.

biegając przed nią. (Ryc. schem. 4 a). Ponieważ odźwiernik i początkowa część dwunastnicy są utwierdzone tuż na lewo od linji środkowej, część przedodźwiernikowa żołądka jest skierowana ku tej ostatniej na lewo. Zrostów, któreby wskazywały na pochodzenie zapalne opisanego przemieszczenia nigdzie nie stwierdzono. Dwunastnica w formie leżącego V, zwróconego wierzchołkiem na prawo. Nieprawidłowy woreczek żółciowy, kieszeń otrzewnowa za dwunastnicą.



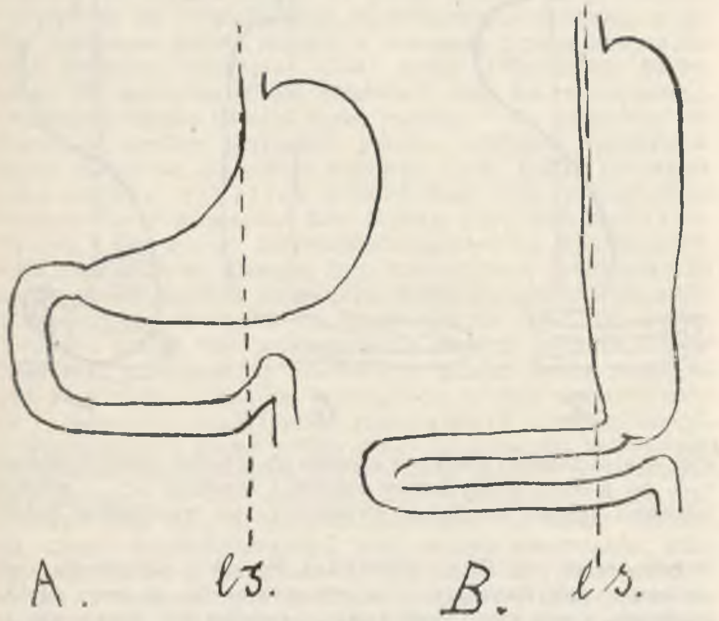
Ryc. 5. Schemat ułożenia przewodu pokarmowego w płaszczyźnie strzałkowej przed rozpoczęciem zwrotów. (według Corninga).

Stosunki powyższe stwierdzone przy operacji zgadzają się zupełnie z opisanym na wstępie obrazem rentgenologicznym. (Ryc. schem. 4 c). Po wypełnieniu żołądka barem obniżyła się ruchoma najniższa część żołądka, przez co wyraźniej jeszcze wy-

stąpił zwrot części odźwiernikowej ku stronie lewej t. j. ku opuszce dwunastnicy, której przebieg w obrazie rentgenologicznym jest zaznaczony na Ryc. 1.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że mamy tu do czynienia z zaburzeniem natury rozwojowej. Brak jakichkolwiek zrostów zapalnych, stwierdzone równocześnie anomalje w zakresie wątroby, woreczka, dróg żółciowych i dwunastnicy pozwalają wykluczyć przemieszczenia nabyte, których też nie będziemy w pracy niniejszej bliżej omawiać, jakkolwiek niektóre z nich przedstawiają pewne analogje z naszym przypadkiem.

Wytłumaczenie opisanej nieprawidłowości ułożenia trzew, które musimy uważać za następstwo zaburzenia rozwojowego jest łatwe przy uwzględnieniu prawidłowego mechanizmu rozwoju przewodu pokarmowego. W 6. tygodniu życia płodowego znajduje się przewód pokarmowy w płaszczyźnie strzałkowej i okazuje już pewne odcinki, odpowiadające przyszłym narządom. (Ryc. 5).

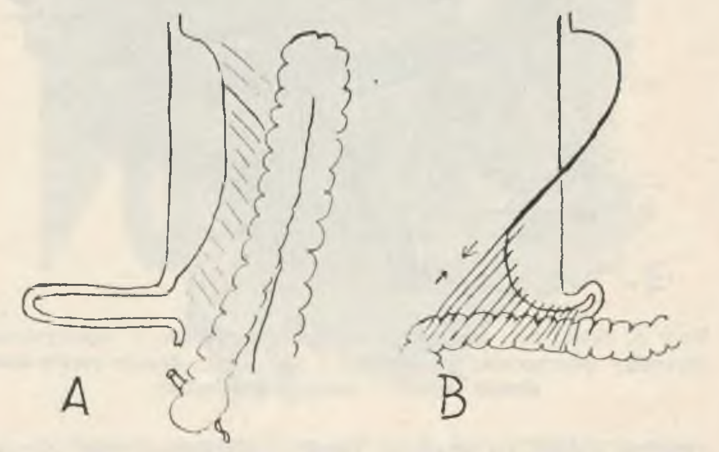


Ryc. 6. A — schematyczne przedstawienie prawidłowego zwrotu żołądka dokoła osi przednio-tylnej, B — pozostanie żołądka w linji środkowej, ls. — przy dokonanym zwrocie dwunastnicy w prawo.

Rozszerzenie odpowiadające żołądkowi jest zwrócone swym łukiem większym ku tyłowi, a mniejszym ku przodowi, przechodzi następnie w krótki łuk zwrócony wklęsłością ku tyłowi (dwunastnica), a w dalszym ciągu w t. zw. pętlę pępkową, oraz dalszy końcowy odcinek jelita. Żołądek i górny odcinek przyszłej dwunastnicy są zawieszone na krezce od tyłu i przodu *(mesogastrium dorsale et ventrale)*, podczas gdy niższe odcinki jelita mają już tylko krezkę tylną. W *mesogastrium ventr.* powstaje wątroba, w *dors.* trzustka i śledziona. O dalszem ułożeniu trzew rozstrzygają dwie czynności — rozrost przewodu pokarmowego na długość i związane z tem skręty i układanie się w pętlę oraz zlepianie się blaszek otrzewny, wskutek czego przychodzi do utwierdzania pewnych odcinków i punktów przewodu. Żołądek odbywa dwa zwroty, a mianowicie dookoła osi podłużnej ciała, wskutek czego krzywizna duża zwraca się w kierunku obrotu wskazówki zegara na lewo, a mała na prawo, oraz dookoła osi grzbietowo-brzusznej, w następstwie czego krzywizna duża obniża się, a mała zwraca ku górze (w stronę czaszki), odźwiernik zaś z początkiem dwunastnicy przesuwa się na prawo. Ściana żołądka, pierwotnie lewa, staje się przednią, prawa tylną, z czem pozostaje w związku przebieg nerwów błędnych. Równocześnie z skrętami żołądka skręca się i wydłuża *mesogastrium dorsale*, dając początek workowi sieciowemu oraz sieci dużej, która zlepiając się z okrężnicą poprzeczną, tworzy więzadło żołądkowo-okrężnicowe; w tylnej warstwie *mesog. dorsale* powstaje trzustka, która wskutek zlepienia się z tylną ścianą jamy brzusznej zostaje utwierdzona, w przedniej u góry śledziona. Zmianom ulega również *mesogastrium ventrale*, a to wskutek potężnego rozrostu wątroby, która rozpycha jego blaszki i zwraca się ku górze i na prawo, tak, że z więzadła pozostaje jedynie resztka jako więzadło żołądkowo-dwunastnicowo-wątrobowe *(omentum minus)*, zakończone wolnym brzegiem po stronie prawej, oraz części zawieszenia wątroby u przepony. Dwunastnica ustawiona zrazu strzałkowo i ruchoma na swej krezce, przekłada się na stronę prawą, a zostaje tamże utwierdzona wskutek zlepienia się jej krezki z tylną ścianą jamy brzusznej. Jelito cienkie układa się w pętlę, a okrężnica rozwijając się na długość zostaje przerzucona przez jelito cienkie na stronę prawą; zrazu ruchoma na swej krezce, która krzyżuje się z krezką jelita cienkiego, zostaje utwierdzona przez zlepy krezki jelita ślepego i części wstępnej z tylną ścianą, oraz umocowanie zgięcia wątrobowego, wreszcie przez zlep z siecią, a raczej workiem sieciowym, który tworzy więzadło żołądkowo-okrężnicowe.

Porównanie z prawidłowym mechanizmem rozwoju przewodu pokarmowego prowadzi do wyjaśnienia powstania opisanej anomalji. Jest niewątpliwem, że w przypadku naszym nie przyszło do dokonania się obrotu żołądka dokoła osi przednio-tylnej zarodka, wskutek czego żołądek pozostał w linji środkowej w całości wraz z początkową częścią dwunastnicy, która nie została przemieszczona razem z odźwiernikiem, jak prawidłowo, na stronę prawą *(situs sagittalis)*; natomiast pętla dwunastnicy wykonała wraz z wątrobą zwrot o 90° w prawo, czego następstwem jest jej kształt leżącego, wydłużonego V. (Ryc. 6. a, b). Zwrot drugi żołądka dookoła osi długiej zarodka, krzywizną dużą od tyłu ku stronie lewej, odbył się w górnej części prawidłowo, wskutek czego część wpustowa i śledziona otrzymały usadowienie prawidłowe; część dolna żołądka uległa przekręceniu w już rozpoczętym obrocie i wzroście dalej w tym samym kierunku, wskutek czego krzywizna duża została przerzucona przez małą, przekraczając linję środkową na prawo, co wystarczyło do uwarunkowania obrazu rentgenologicznego. Takie ułożenie żołądka przypomina kierunkiem obrotu oraz jego osią analogiczne przemieszczenie nabyte, a mianowicie t. zw. *volvulus organoaxialis anterior* ze zwrotem krzywizny dużej naprzód i w prawo, jak w przypadku Niosi'ego *(Zbl. f. Chir.* 1920, str. 764, ref. według Nordmanna-Kirschnera, *die Chirurgie)*.

Jakie mogą być przyczyny tego nadmiernego obrotu dolnej części żołądka? Ze stosunków stwierdzonych przy operacji zdaje się wynikać jasno, że przyczyny tej należy upatrywać w rozwojowym niestosunku, jaki zaszedł w czasie wzrostu i kształtowania się żołądka oraz jelita grubego; żołądek mianowicie pozostał w osi ciała podłużnej, nie wykonując prawidłowego obrotu dookoła osi przednio-tylnej, natomiast okrężnica wykonała zwrot prawidłowy i wykształciła się we wszystkich swych odcinkach. Wskutek tego krzywizna duża pozostała w ustawieniu prostopadłem względem okrężnicy poprzecznej, co musiało za sobą pociągnąć nieprawidłowości rozwoju worka sieciowego, sieci oraz więzadła żołądkowo-okrężnicowego; stwierdzone właśnie pasma otrzewny, przeciągające krzywiznę dużą poza linję środkową na prawo ku zgięciu wątrobowemu (Ryc. 7) są niczem innem jak nieprawidłowo wytworzonem więzadłem żołądkowo-okrężnicowem. Fakt, że po przecięciu ich krzywizna duża bez oporu daje się umieścić w prawidłowem ułożeniu na lewo, zdaje się dowodzić tego niezbicie. Można wyrazić przypuszczenie, że w razie gdyby i okrężnica nie wy-



Ryc. 7. Schematyczne przedstawienie zależności skrętu żołądka od ułożenia okrężnicy poprzecznej. A — przypuszczalny *situs* przy istnieniu równoczesnem *mesenterium commune*. B — *situs* w opisanym przypadku; strzałki oznaczają działanie nieprawidłowych sił w czasie wzrostu.

konała prawidłowego obrotu i pozostała w całości po stronie lewej *(mesenterium commune)*, to wówczas z powodu równoległości narządów nie przyszłoby do żadnego nieprawidłowego pociągania za krzywizną dużą (Ryc. 7 a). Obok powyższych nieprawidłowości dały się stwierdzić jako inne zaburzenia rozwojowe: nieprawidłowy woreczek żółciowy, równoległe do osi ciała długiej ustawienie wątroby, kieszeń za dwunastnicą, spowodowana niezupełnem zlepieniem się jej z tylną ścianą jamy brzusznej, oraz sam kształt

dwunastnicy, odpowiadający 5-tej formie opisanej przez Fromonta[2]).

Przyjęcie takiego mechanizmu nie natrafia na żadne trudności ze stanowiska embrjologji; nie mamy tu do czynienia z *situs viscerum inversus partialis* części żołądka, lecz poprostu tylko z zahamowaniem jednego z obrotów, wskutek czego przez działanie nieprawidłowych zlepów rosnących organów obrót drugi odbył się przesadnie, stanowiąc rodzaj hiperrotacji krzywizny dużej. Podobne zjawiska powstrzymania pewnych obrotów oraz przemieszczenia narządów przez zlepy pochodzenia rozwojowego spotykamy nieraz w obrębie jamy brzusznej (*mesenterium commune*, błony Jacksonowskie — przemieszczenia *coecum*). Jest rzeczą niezmiernie interesującą, że mieliśmy sposobność obserwować inny przypadek, w którym zachodzi stosunek wprost odwrotny ułożenia trzew, a mianowicie *mesenterium commune* przy prawidłowem ułożeniu żołądka; w przypadku tym przypuszczalnie wskutek pociągania przez napięte nieprawidłowe więzadło żołądkowo-okrężnicowe przyszło do wytworzenia się rodzaju uchyłku dwunastnicy (Opis tego przypadku ukaże się oddzielnie w druku).

Przypadek nasz badany rentgenologicznie w przeciągu kilku lat, a następnie poddany operacyjnej autopsji stanowi ważny przyczynek dla wytłumaczenia podobnych obrazów rentgenologicznych. W sprawie tej panuje pewien chaos oraz różnice zapatrywań.

Istnieje cały szereg przypadków sekcyjnych, zebranych i podzielonych na szereg grup jeszcze w r. 1909. przez Risel'a, wśród których znajdują się i przypadki odwrotnego, odosobnionego ułożenia żołądka. Znajomość tych przypadków nie wystarcza do zupełnego wyjaśnienia spotykanych obrazów rentgenowskich, gdyż musimy się tu liczyć z całym szeregiem przyczyn czynnościowych, statycznych, życiowych, nie dających się stwierdzić przy sekcji, a nawet przy operacji, w czasie której tak często spotykamy niezgodność obrazu rentgenowskiego z anatomją; to też należy przypuścić, że w wielu przypadkach rentgenologicznego stwierdzenia nieprawidłowego ułożenia żołądka, na sekcji nie znalezionoby żadnych zmian, lub też że byłyby one tak nieznaczne, że uszłyby uwagi. Przemawiają za tem przypadki czasowego, przejściowego rentgenologicznego zboczenia w ułożeniu żołądka zależne jak sądzi Révész od stanu wzdęcia jelit oraz fakt, że na sekcji nie spotykano zwrotu samej tylko części odźwiernikowej żołądka w lewo przy prawidłowo ustawionej części wpustowej. To też przypadki rentgenologicznie stwierdzonego nieprawidłowego ułożenia żołądka są o wiele więcej interesujące, jak przypadki sekcyjne. Przypadki opisane, których istnieje kilkanaście można podzielić na dwie zasadnicze grupy. Do grupy pierwszej należą te przypadki, w których cały żołądek leżał w obrazie rentgenowskim w ułożeniu odwrotnem do prawidłowego t. j. po stronie prawej, zwrócony krzywizną dużą na prawo, a małą i częścią odźwiernikową w lewo, stanowiąc niejako odbicie prawidłowego obrazu w lustrze; tu należą np. przypadek Saupe-Hallermanna, 3 przypadki Determanna. Do grupy drugiej zaliczyć należy te przypadki, w których część wpustowa leżała po stronie lewej zwrócona prawidłowo krzywizną dużą w lewo, a jedynie część położona bliżej odźwiernika okazywała zwrot nieprawidłowy w lewo — jak przypadek opisany przez Meiselsa, którym zajmujemy się obecnie, Eisensteina, Schnitzlera-Spitzera. Wspomnieć należy, że w pewnych razach nieprawidłowe ułożenie żołądka było niestałe t. j. odwracalne, ustępując po pewnym czasie miejsca ułożeniu prawidłowemu (przypadek Weissa, który według Meiselsa jest również skręceniem *(torsio)*, cytowany przez Révésza), w innych utrzymywało się stale i niezmiennie. W przypadkach czasowych, odwracalnych wielką rolę odgrywa, według Révésza, jak już wyżej wspomniano, aerokolja, przy równoczesnych anomaljach rozwojowych jelita grubego; nasuwa się jednak myśl, że żołądek prawidłowy niełatwo ulegnie pod wpływem aerokolii takiemu przesunięciu, któreby dało obraz odwrócenia jego dolnej części w lewo, a że natomiast w znacznym stopniu zjawisku temu musi sprzyjać ułożenie podobne, jak w naszym przypadku t. j. w całości w osi długiej ciała.

Powróćmy do najbardziej nas interesujących przypadków trwałych zwrócenia części odźwiernikowej i opuszki w lewo przy zachowaniu prawidłowego położenia części wpustowej. Meisels opisując pierwszy taki, obecnie nasz, przypadek przypuszczał, iż ma się do czynienia z skręceniem, *(torsio)* części żołądka w lewo, jak to można wnosić z jego doświadczeń na zwłokach t. j. w kierunku odwrotnym do ruchu wskazówki zegara, widzianej z góry, krzywizną małą w lewo, wskutek czego musiałaby ona leżeć przed krzywizną dużą. (Ryc. 6 a). Uważając, że zboczenie powstało jako zaburzenie rozwojowe nie wyklucza możliwości zrostów pomiędzy odźwiernikiem a śledzioną. Podobną etjologję natury rozwojowej lub zapalnej przypuszczano w przypadku Schnitzlera-Spitzera. Autopsja *in vivo* wyjaśniła oba przypadki. W przypadku Schnitzlera-Spitzera istniał zwrot nieprawidłowy samej pętli dwunastniczej w lewo przy dokonanym obrocie żołądka w prawo, wskutek czego żyła wrotna, wytworzona z zawiązku lewego, przebiegała przed żołądkiem. Nasz przypadek miał etjologję zupełnie odmienną. Niema tu mowy o żadnym zwrocie nieprawidłowym w lewo *(situs viscerum partialis inversus)*; dwunastnica i jelito grube wykonały zwrot prawidłowy, a jedynie żołądek pozostał w linji środkowej, czego wynikiem były nieprawidłowe zlepy i siły działające na jego dolny odcinek. Zgodność z przypuszczeniem Meiselsa istnieje o tyle, że mamy tu do czynienia ze zboczeniem natury rozwojowej oraz ze skręceniem *(torsio)* żołądka dookoła jego osi długiej; różnica polega na tem, że skręcenie to nie odbyło się w lewo, a więc w kierunku odwrotnym fizjologicznemu, lecz przeciwnie w prawo, jako obrót przesadny, rodzaj hiperrotacji, wskutek szczególnego mechanizmu. Nie ulega wątpliwości, że niektóre z opisanych przypadków analogicznego obrazu rentgenologicznego mają swe źródło w podobnym układzie anatomicznym narządów.

[2]) Według Corninga.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O roli kiły w etjologji rozstrzeni oskrzelowych u dzieci.

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Lek. Nacz.: Prof. Dr. Władysław Szenajch.

(Dokończenie).

Jak w każdym przypadku rozstrzeni oskrzelowej, tak i w naszym zagadnienie patogenezy wymaga dyskusji. Łatwo zrozumieć, że w przypadku naszym czynników, które mogły spowodować powstanie rozstrzeni było dużo i wszystkie były dość klasyczne. Takiemi warunkami sprzyjającemi były: 1) długotrwały stan zapalny płuca może marski, bo przeważnie bezgorączkowy, 2) przez wypadnięcie funkcji prawego płuca, uciśniętego przez wysięk, powstały warunki dla kompensacji w lewem płucu i przez to do rozstrzeni, 3) dolny płat lewego płuca stanowi ulubione umiejscowienie rozstrzeni stosownie do nauki Duken'a, Crove i Engla. Chodzi o trudniejsze warunki wykrztuszania, spowodowane przez budowę lewego oskrzela t. j. mniejszy kąt między lewem oskrzelem i tchawicą oraz węższe światło lewego oskrzela, 4) kiła wrodzona. Ojciec dziecka cierpi na rozszerzenie tętnicy głównej, dziecko zapada na rozstrzeń oskrzeli, 5) ponadto wywiady stwierdzają przebyty w pierwszych latach życia koklusz, odrę i zapalenie płuc. Ponieważ wywiady podają, że od trzeciego roku życia dziecko było „zawsze zdrowe" — nie mamy prawa i potrzeby doszukiwać się w tym kierunku specjalnego związku przyczynowego, jakkolwiek nauka o mikrobizmie utajonym mogłaby ten temat skomplikować refleksjami.

Wszystkie wyżej wymienione przyczyny mogły odgrywać mniej lub więcej ważną rolę w patogenezie opisanej rozstrzeni oskrzelowej. I jakkolwiek o każdej z nich czytać się zwykło w monografjach o rozstrzeni, to jednak dodatkowo spotyka się z uwagą, że poza wszystkiemi czynnikami wchodzi w grę nieuchwytny a usposabiający moment konstytucjonalny.

Zdaniem naszem czynnikiem bezpośrednim i prowokującym powstanie rozstrzeni w naszym przypadku było zapalenie płuc i jego powikłania. Czynnikiem pośrednim była konstytucja kiłowa dziecka. Kiła objawiała się w następujący sposób: 1) ojciec dziecka, jakkolwiek kiłę neguje, jest dotknięty rozszerzeniem aorty, t. j. chorobą klasycznie kiłową, 2) Odczyn Wassermanna dziecka jest mocno dodatni. 3) Leczenie specyficzne wpływa dodatnio na przebieg rozstrzeni. 4) Dziecko ma rzadki, ale znamienny dla kiły stygmat języka mosznowego *(lingua scrotalis)*. 5) Dziecko jest chorobliwie neuropatyczne. Doświadczenie uczy, jak ważną rolę etjologiczną w schorzeniach układu nerwowego odgrywa krętek kiły przez swoje powinowactwo do tkanki nerwowej. Z drugiej strony autorowie (Vogt) podkreślają częstość neuropatji w przebiegu rozstrzeni oskrzelowych. 6) Dziecko jest patologicznie chude, zdaniem naszem chude z powodu kiły. Sama chudość jest stygmatem kiłowym dziecka. *Macies luetica*. W r. 1924 w Pediatrii Polskiej opisaliśmy przypadek 13-letniej dziewczynki kiłowej, o wadze 16 kg z patologiczną chudością.

W r. 1927 opisali Mouriquand z Bernheimem i Lesbros 3 przypadki wybitnej chudości kiłowej u dzieci z kiłą wrodzoną — *maigreur syphilitique*. I znowu czyta się w monografiach, poświęconych rozstrzeni oskrzelowej, o częstości objawu chudości w przebiegu tej choroby. Ameuille, pisząc o tej chudości, nazywa ją pseudogruźliczą chudością i mówi o *habitus phtisicus*

w przebiegu rozstrzeni. 7) Dziecko nasze ma rozszerzenie żył na tułowiu, klatce piersiowej, brzuchu i na udach. Zdaniem naszem jest ono objawem kiłowym. Rozszerzenie żył u dzieci kiłowych jest jednym ze stygmatów ułatwiających rozpoznanie kiły. I znowu, rzecz znamienna, czyta się w monografjach na temat rozstrzeni oskrzelowych o częstości objawu rozszerzenia żył w przebiegu tej choroby (Wiese), podobnie jak o częstości akrocyjanozy i kryestezji (Loeschke), którą również nasza chora wykazywała. Nasuwa się mimowoli pytanie, czy nie dlatego neuropatja, chudość, żylaki i zaburzenia naczynioruchowe spostrzegane i opisywane były tak często w przebiegu rozstrzeni oskrzelowej, że były objawem kiły, a nie objawem schorzenia oskrzelowego. Może ci chorzy nie dlatego cierpieli na neuropatję, na chudość, na żylaki, że mieli rozstrzeń oskrzeli, ale dlatego, że mieli kiłę?

Zagadnienie żylaków wymaga oświetlenia: 1) w stosunku do etjologji kiłowej, 2) w stosunku do etjologji dokrewnej, 3) w stosunku do rozstrzeni oskrzelowej. Podobnie, jak tętnice, także i żyły dzieci kiłowych mogą ulegać schorzeniu wskutek działania krętka. W przebiegu ciężkiej kiły narządów wewnętrznych spotyka się niejednokrotnie jako objaw wtórny zmienione i nieregularnie zgrubiałe ściany żył, a w nich pasorzyta. Kiedyindziej zmiany żylne są w postaci tak charakterystycznych rozszerzeń, że stanowić mogą stygmat kiły wrodzonej u dzieci. Fournier dawno stwierdził, że u osesków kiłowych, oprócz innych objawów specyficznych, spotyka się bardzo często rozszerzenia żylakowe, zwłaszcza na czaszce, skroniowe, czołowe, nosowe. Żyły wystając na głowie służą niejednokrotnie do injekcji środków leczniczych dla lekarza poszukującego żył.

Gdy rozszerzenie żył jest wielkie, znajduje się je łatwo i szybko, nawet gdy dziecko jest w spokoju. W innych przypadkach odkrywa się żylaki podczas krzyku, płaczu, kaszlu, wysiłku. Wtedy pokazują się w postaci szerokich postronków błękitnych. Najlepiej widoczne są rozszerzenia żylne u dzieci bardzo małych, później są rzadsze. Fournier uważał żylaki za wyraz dystrofji żylnej wrodzonej, a więc za pewną dysplazję ogólną. Zdaniem Hutinela „brzmi to trochę metafizycznie i nie zaspokaja należycie naszej ciekawości". Hutinel skłonniejszy jest łączyć je w związek przyczynowy z zaburzeniami krążenia. Nie wypowiada jednak kategorycznie swojej opinji.

Zdaniem Sicarda i Gaugier odgrywa w etjologji żylaków, a w szczególności żylaków w ciąży, rolę fundamentalną przysadka.

W normalnych warunkach pewne hormony wydzielane przez gruczoły dokrewne utrzymują *tonus* (napięcie) ścian żylnych, działając za pośrednictwem n. sympatycznego około i śródżylnego na wiązki mięśnia gładkiego. W przypadku zaburzenia sekrecji albo w razie jej braku występuje niedomoga napięcia ściany żylnej i zastawek. Na tem polega istota choroby, czy skazy żylakowej.

Jak właściwością adrenaliny jest wybiórcze działanie za pośrednictwem nerwu sympatycznego tętniczego na napięcie ścian tętniczych — tak właściwością produktu wydzielanego przez przysadkę jest utrzymywanie napięcia ścian żylnych za pośrednictwem nerwu sympatycznego żylnego. Autorowie rozróżniają żylaki spowodowane przez stałą dysfunkcję przysadki t. j. żylaki w akromegalji i żylaki zależne od czasowej dysfunkcji przysadki: w czasie ciąży i w czasie miesiączki.

Już Marie sygnalizował w swoim opisie akromegalji tendencję do żylaków u większości tych chorych. Tem samem spostrzeżeniem częstości żylaków w akromegalji uderzeni byli Sicard i Gaugier.

Od najdawniejszych czasów zauważyli lekarze, że niektóre kobiety zapadają w czasie ciąży na żylaki, które po ukończonej ciąży ustępują. Samo utrudnione przez ucisk powiększonej macicy krążenie nie wystarcza do wytłumaczenia mechanizmu ich powstania, bo: 1) występują one już także wcześnie z początkiem ciąży, więc przy niewielkiej macicy i 2) z chwilą śmierci płodu, mimo wielkiej macicy, szybko znikają. Hormon przysadki powołany jest do utrzymania napięcia mięśni gładkich macicy. Aby jajo płodu mogło się u ciężarnej rozwijać i aby macica mogła zmięknąć i rozszerzyć się — potrzebne jest zneutralizowanie hormonu przysadkowego, a więc napięcia mięśniowego macicy. Rola tej neutralizacji przypada ciału żółtemu, które jest czasowym gruczołem dokrewnym, rozwijającym się w jajniku podczas ciąży. Gdy hormon przysadkowy ulegnie zneutralizowaniu — mięsień maciczny może się bez trudu rozszerzać. Skutek neutralizujący tonus mięśniowy nie zawsze umiejscawia się wyłącznie na mięśniu macicznym, ale skutek ten może u niektórych osobników przenieść się także na mięśnie gładkie sąsiadujących żył. Tak więc ulegają nieraz rozszerzeniu mięśnie gładkie żył i powstają żylaki.

W miarę zaniku ciała żółtego hormon przysadkowy przestaje ulegać neutralizacji i zaznacza energiczniej swój wpływ na mięśnie gładkie macicy i żył.

W miesiączce można również dopatrzyć się czasowej neutralizacji hormonu przysadkowego przez ciało żółte. Ta czasowa neutralizacja sekrecji przysadkowej wyraża się przez rozmiękczenie mięśnia i szyjki macicy przed i w czasie miesiączki. Tej hipotonji macicznej towarzyszy równocześnie zjawienie się żylaków.

Wiadomo, że zagadnienie kolbowatych palców w przebiegu rozstrzeni oskrzelowych jest pod względem pato'ogicznym sprawą sporną, bo dla Marie stanowi ono toksyczne schorzenie kostnostawowe przerostowe płucne *osteoarthropathie hypertrophiante pneumique*, zaś dla Plescha jest wyrazem zaburzenia krążeniowego w związku z tem, że prawy przedsionek, nie mogąc się pozbyć krwi z powodu podniesienia ciśnienia w prawej komorze, zwraca ją do żyły próżnej i w skutku powstaje zastój w naczyniach włoskowatych. Podobnie sprawa rozszerzenia żył w przebiegu rozstrzeni nie jest zamknięta i można ją z różnych punktów widzenia poddawać dyskusji. Jak wykazaliśmy wyżej, można rozszerzenie żył w rozstrzeni oskrzelowej uważać za objaw dysfunkcji przysadki, tak jak objawem przysadkowym są żylaki w przebiegu akromegalji, lub żylaki w ciąży, czy w miesiączce. Jeżeli więc przyjąć uczestnictwo gruczołów dokrewnych (Marie, Gaugier) w patogenezie żylaków wogóle i ważną rolę kiły w etjologji żylaków wieku dziecięcego — (Fournier) — to należy wysnuć wniosek, że w przebiegu żylaków u osobników kiłowych prawdopodobnie ma miejsce wpływ zakażonych przez krętek gruczołów dokrewnych. Analogicznie może się mieć sprawa z patogenezą rozstrzeni oskrzelowej. Mimo realności wszystkich najczęściej spotykanych warunków, usposobiających powstawanie rozstrzeni, czyta się w podręcznikach w formie refrenu o pewnych właściwościach konstytucjonalnych, odgrywających również ważną rolę. Nasuwa się chęć nazwania tego czynnika usposabiającego po imieniu — elastopatją — t. j. dysfunkcją tkanki elastycznej — i uzależnić tę niedomogę od zaburzeń endokrynalnych. Że wchodzić tu może w grę podobnie jak w patogenezie żylaków gruczoł przysadki mózgowej można wnosić z podobieństwa anatomicznego obu schorzeń a także z teorji Levie go, który wogóle wszelką formę elastopatji uważa za objaw niedomogi przysadki. W świetle tej analogji i rozstrzeń oskrzelowa i żylaki byłyby wyrazem elastopatji pochodzenia endokrynalnego. Jakkolwiek stosownie do teorji Marie, Gaugier, czy Leviego chodziłoby o gruczoł przysadki, to jednak kto zna bliską korelację, zachodzącą pomiędzy poszczególnemi gruczołami dokrewnemi, ten zrozumie, że sprawa ta nie podaje się do bezwzględnego przesądzenia na rzecz jednego tylko hormonu.

W przypadku naszym mieliśmy niezależnie od bronchektazji i wenektazji szereg objawów, które uprawniały do rozpoznania endokrynopatji. Takiemi objawami były: nadmierna chudość, mikrocefalja, *hypertrichosis*, zaburzenia naczynio-ruchowe, obwodowe: akrocyjanoza, kryestezja. Bogactwo tych objawów niedomogi wydzielania dokrewnego nie może lekarza, obznajomionego z kliniką kiły wrodzonej, bynajmniej dziwić. Wiadomo bowiem, że najczęstszą uchwytną anatomokliniczną treścią kiły wrodzonej jest nic co innego, jak częstość wszelkiego rodzaju dystrofji i deformacyj o mechaniźmie endokrynalnym. Zakażenie krętkiem kiłowym gruczołów dokrewnych jest pod względem statycznym trudniej uchwytne, niż pęcherzyca kiłowa, lub lepiej ustne — ale mniej pod względem dynamicznym w swoich skutkach dystroficznych wymowne. Do rzędu tych dystrofij, czy dysplazyj kiłowych zaliczyć należy także schorzenia tkanki elastycznej, których wyrazem są rozstrzenie oskrzelowe. Tak więc jeżeli nie ulega wątpliwości, że w powstawaniu rozstrzeni oskrzelowej pierwszorzędną rolę prowokującą odgrywa zapalenie płuc, to niemniej ważnym pośrednim momentem etjologicznym jest konstytucja kiłowa ze skazą elastopatji endokrynalnej.

Streszczenie. Opis dwu przypadków rozstrzeni oskrzelowych u dzieci kiłowych.

1. Chłopiec 1-roczny w 3 miesiące po przebytym kokluszu przybywa z nawrotem w postaci zapalenia płuc kokluszowego, przewlekłego, zaostrzającego się epizodycznie, z rozstrzeniami oskrzelowemi, z kaszlem spazmatycznym i z obrzękami: dziecko wykazuje wielki brzuch, żylaki na brzuchu, sinicę i ziębnięcie obwodowe, hipotrofję z zahamowaniem wzrostu i wagi, hipotyroidyzm, dodatni odczyn Wassermanna we krwi. Wielki brzuch jako objaw elastopatji był obok hipotyroidyzmu i obwodowego ziębnięcia wyrazem zakażenia kiłowego gruczołów dokrewnych i mógł przy równoczesnych wolnych stolcach imitować konstytucję neuroartrytyczną. Przez pół roku trwająca sprawa zapale-

nia kokluszowego doprowadziła u dziecka kiłowego do rozstrzeni oskrzelowych, które obok żylaków i wielkiego brzucha stały się również symptomem elastopatji kiłowej. Sekcja zwłok potwierdziła rozpoznanie rozstrzeni oskrzelowych. Jakkolwiek pierwszorzędnym i bezpośrednim czynnikiem wywołującym rozstrzeń oskrzelową był proces płucny kokluszowy zapalny, to jednak pośrednim czynnikiem jest kiła wrodzona dziecka, która wykazuje tendencję: 1) do procesów marskich płuca i 2) do niedomogi tkanki elastycznej oskrzeli, czyli do elastopatji. Rozstrzeń oskrzelowa u chorego kiłowego, towarzysząc innym objawom niedomogi elastycznej (wielki brzuch, rozszerzenie żył) oraz innym objawom endokrynopatji *(hypotrophia, hypothyreoidismus)*, może uchodzić także za wyraz dystrofji o genezie endokrynalnej.

2. Dziewczynka 11-letnia po przebytem zapaleniu płuc i w związku z prawostronnem kilkutygodniowem ropnem zapaleniem opłucnej, operowanem, wykazuje po stronie lewej rozstrzeń oskrzelową w dolnym płacie płuca. Badanie bakterjologiczne i próby biologiczne na zwierzętach wykluczają etjologję gruźliczą rozstrzeni. Ojciec dziecka chory na rozszerzenie tętnicy głównej. Dziecko wykazuje mocno dodatni odczyn Wassermanna we krwi, stygmat języka mosznowego, a oprócz tego przedstawia patologiczną chudość *(macies luetica)*, mikrocefalję, akrocyjanozę, kryestezję, hiposfiksję, *hypertrichosis*, czyli różne objawy waskuloendokrynopatji, obok rozszerzenia żył na tułowiu, brzuchu i udach i obok patologicznej pobudliwości nerwowej (Vogt). Jakkolwiek bezpośrednią przyczynę rozstrzeni oskrzelowej stanowił epizod zapalny płuc, to jednak pośrednią i sprzyjającą przyczyną dla mniejszej wartościowości tkanki elastycznej oskrzeli była udowodniona konstytucja kiłowa dziecka. Nadmierna chudość dziecka uprawnia do wniosku o zakażeniu kiłą układu gruczołów wewnętrznych (objaw opisany przez Mouriquanda). Mimo znanej wzajemnej korrelacji poszczególnych gruczołów wewnętrznych można z dużem prawdopodobieństwem doszukiwać się w przypadku tym specjalnej niedomogi gruczołu przysadki. Przemawiać za tem przypuszczeniem może obserwowane w danym przypadku (a często opisywane przez autorów w bronchektazji) zjawisko rozszerzenia żył. Zgodnie z Marie, Sicardem, Gaugier — żylaki są znamienne dla akromegalji. Także w ciąży i w miesiączce spotykane przejściowe „fizjologiczne" żylaki są pochodzenia przysadkowego (antagonistyczne działanie hormonu ciała żółtego na hormon przysadki). Sprawa żylaków w przebiegu rozstrzeni może znaleść wytłumaczenie w hipotezie o wpływie przysadki na *tonus* ścian żylnych. Analogicznie prawdopodobnie ma się rzecz z zależnością własności elastycznych oskrzeli od tejże przysadki. W ten sposób rozszerzenie żył i rozstrzeń oskrzeli stanowiłyby objawy elastopatji endokrynalnej.

Piśmiennictwo:

1) Brenas P.: Rev. Méd. l'est. 53. 458. (1925). — 2) Buisson: Thèse Paris. 1904. — 3) Cade de Zambon: Arch. méd. exp. 1905. 649. — 4) Duken und v. d. Steinen: Ergeb. d. inn. Mediz. u. Kindhheild. 34 Bd. 1928. — 5) Favre: Lyon méd. 136. W. 50. — 6) Gaugier L.: Presse Méd. 11. II. 1931. p. 206. — 7) Glenard: Les ptoses viscérales. 1899. — 8) P. Godin: Le Tissu élastique sain et malade; son importance clinique. Masson 1928. — 9) Hutinel: Gar. Hôp. 84. 175 (1911). — Presse Méd. 1911, Nr. 14, 121. — Clinique (Paris) 8, 50, 1913. — Le terrain hérédosyph. Masson 1926. — 10) Jacquelin: Presse Méd., Nr. 77. 1930. — 11) Kaufmann E.: Lehrb. d. pat. Anat. 1911. Berlin. — 12) Klippel: Arch. gén. de Méd. Nr. 2, p. 84. 1903. — 13) Korczyński L.: Polska Gazeta Lekarska, 1927. str. 282, 307, 321, 338. — 14) Mikułowski Wł.: Pedjatrja Polska. Z. 3, T. IV. 1924. — Arch. de Méd. d. Enfts. T. XXIX. Nr. 1. 1926. — Pol. Gaz. Lek. Nr. 36. 1926. — Rev. Franç. de Péd. T. II. Nr. 3. 1926. — Pedjatrja Polska T. VII. Z. 4. 1927. — Pol. Gaz. Lek. Nr. 36. Nr. 37. 1927. — Pol. Gaz. Lek. Nr. 38. 1927. — Mon. f. Kindh. Bd. 37. 1927. — Schweiz. Med. Woch. Nr. 30. 1927. — Paris Méd. Nr. 6. 11 Févr. 1928. — Schweiz. Med. Woch. Nr. 9. 1928. — Arch. de Méd. d. Enfts. Nr. 2. 1928. — Pol. Gaz. Lek. Nr. 10. 1929. — Riv. di Clin. Ped. A. XXVI. Nr. 11. 1928. — La Pediatria. T. 36. Nr. 20. 1928. — Monatschft. f. Kindh. Bd. 43. S. 21—40. 1929. — Medycyna. Nr. 24. 1928. — Vol. di scrit. a Carlo Comba. 1929. — The Urol. a. Cut. Rev. Nr. 1. Jan. 1930. — Nowiny Lekarskie. Z. XV i XVI. 1929. — Annales de derm. et de syph. T. X. Nr. 12. Déc. 1929. — Medycyna Warszawska. Nr. 8. 1931. — Rev. Franç. de Péd. T. VII. Nr. 1. 1931. — Pol. Gaz. Lek. Nr. 2 i Nr. 3. 1928. — Nowiny Lekarskie. Z. 9. 1928. — Rev. Franç. de Péd. T. IV. Nr. 2. 1928. — Rev. Franç. de Péd. Nr. 5. 1928. — Pol. Gaz. Lek. Nr. 15, 16, 17, 18. 1929. — Medycyna Warszawska. Nr. 8. 1929. — Rev. Franç. de Péd. T. V. Nr. 55. 1929. — Nowiny Lekarskie. Z. XIII. 1929. — Arch. de Méd. des Enfts. T. XXXII. Nr. 12. Déc. 1929. — Pol. Gaz. Lek. Nr. 24, 25, 26. 1929. — Jhrb. f. Kindh. Bd. CXXVIII. 1930. — Arch. de Méd. des Enfts T. XXIII. Nr. 9. 1930. — La Pediatria. Vol. XXXVIII. fasc. 18. 1930. — Schweiz. Med. Woch. 60 Jg. 1930. Nr. 42. S. 982. — Arch. de Méd. d. Enfts. T. XXXIII. Nr. 12. 1930. — 15) Mouriquand G., Bernheim M., Lesbros A.: Paris Méd. 5 Nov. 1927. — 16) Plesch: Spez. Pathol. und Therapie innerer Krankh. Kraus Brugsch. 4. II. S. 1377. — 17) Pospischill: Klinik und Epidemiologie der Pertussis. Berlin. 1921. — 18) Sicard et Gaugier: Le traitement des Varices. Masson 1926. — Presse Méd. Nov. 1926.

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Dezyderjusz i Wanda OROSZOWIE. Wiedeń.
Asystent uniwersyteckiej kliniki dziecięcej w Pécs.

Wychowanie fizyczne pod hasłem udoskonalenia ortopedycznego.

Każdy naród, który poniósł znaczne straty w wojnie światowej stara się powetować je przez wychowanie silnego fizycznie i moralnie młodego pokolenia. W ciągu ostatniego dziesiątka lat opieka nad młodzieżą przechodzi stopniowo w ręce władz państwowych, a równocześnie daje się zauważyć ogromny rozwój najrozmaitszych gałęzi sportu. Z dążenia, zmierzającego do wychowania silnego i pięknego młodego pokolenia, wyłonił się prąd, którego hasłem jest wychowanie fizyczne pod znakiem udoskonalenia ortopedycznego. Poza korzyściami, które ten prąd przedstawia dla jednostki, należy przyznać mu ogromnie dodatni wpływ na podniesienie sprawności młodego pokolenia, tak ze wskazań społecznych, jak i narodowych. Jasnem jest, że pokolenie to będzie stało wyżej pod względem wydajności pracy. Powołanymi zaś przywódcami tego ruchu są lekarze i pedagogowie. Pragniemy zatem w tym referacie dać przegląd najnowszych zdobyczy tego ruchu. Zrozumiałem jest tedy, że poruszymy tu zapewne także znane już rzeczy, lecz dla zrozumienia całości nie można ich ominąć, a są to zagadnienia, których nigdy zbyt często poruszać nie można. Mamy tu na myśli kilka postulatów wychowania fizycznego niemowląt.

I. Ortopedyczne udoskonalenie wychowania fizycznego, jeśli ono ma być skuteczne, musi rozpocząć swe działanie już w niemowlęctwie. Badania ostatniego dziesiątka lat wykazały, że zawiązki wad postawy w wieku późniejszym pochodzą już z czasów niemowlęctwa. (Spitzy, Schede). Rzecz to zrozumiała, wiemy bowiem, jak giętki jest kościec niemowlęcia i jak mało jest on odporny na działanie kształtujących wpływów zewnętrznych, (pomijając nawet znaczenie krzywicy). Zdumiewającem jest, jak mało uwzględnia się tę tak ważną właściwość biologiczną, względnie, jak często grzeszy się względem niej zupełnie nieświadomie, bez zastanowienia, nawet w sferach fachowych i to pod samem okiem lekarzy. Jak trudno jest n. p. wytłumaczyć matkom, a nawet pielęgniarkom, że dzieci powinny leżeć na twardem posłaniu bez poduszki zupełnie poziomo, równo, aby nie wyginać kręgosłupa. Niejednokrotnie, kiedy lekarz poleca kłaść na brzuchu dobrze rozwinięte niemowlę, codziennie na pewien czas, począwszy od drugiego miesiąca życia i to na czas coraz dłuższy, to matki uważają to za zbyteczne „męczenie" dziecka. Przekonanie to wynika stąd, że zbyt mało znany jest fakt, jak doskonałą fizjologiczną gimnastyką mięśni grzbietu jest ułożenie na brzuchu i jakie stąd płyną korzyści dla późniejszej postawy. Również nie udało się dotąd wyrugować bezpowrotnie noszenia dzieci na ręku (zwłaszcza zaś noszenia zawsze na tem samem ramieniu). Ambicją większości matek i pielęgniarek jest, żeby dziecko jak najwcześniej siedziało pomimo, że forsowanie tej czynności już dostatecznie zostało napiętnowane. Niemowlę powinno dopiero wtedy siedzieć, kiedy już potrafi samo, bez pomocy i to z ułożenia na brzuchu, usiąść. Wykroczenia przeciw tej regule są jednak bardzo częste, nawet w szpitalach i klinikach. Według powszechnie przyjętego zwyczaju, sadza się dzieci powyżej 6 m. ż. zupełnie niezależnie od stopnia rozwoju. W tem ułożeniu przywiązuje się dzieci do prętów łóżeczka pieluszkami, — i zmusza się je do przebywania w tem ułożeniu niejednokrotnie kilka godzin, nie bacząc na to, że słabe mięśnie grzbietu dziecka szybko się męczą i że dziecko krzywo siedzi niekiedy już po upływie kilku chwil; jasnem jest, że, przy codziennem powtarzaniu tej procedury, wynika stąd ogromna i częstokroć niepowetowana szkoda. Zupełnie ten sam szkodliwy wpływ mają ogólnie znane i rozpowszechnione krzesełka dziecięce, zwłaszcza, gdy dzieci siedzą w nich przez czas dłuższy. Właściwem krzesłem dla dziecka małego (lecz dopiero od 2 r. ż. począwszy) jest bujak Epsteina, w którem siedząc, ćwiczy dziecko przy każdem poruszeniu mięśnie grzbietu, gdyż zmusza je do tego odruch zachowania równowagi.

Nietylko siedzenia, lecz także stawania i chodzenia nie należy przyśpieszać. Okres poruszania się na czworakach (popularnie zwany raczkowaniem) jest fizjologicznie potrzebnym okresem przejściowym, którego nie należy skracać, gdyż jest niezbędnym do osiągnięcia prawidłowej budowy ciała. Staramy się bowiem, nawet częstokroć u starszych dzieci (o czem mowa poniżej), wpływać na pewne wady postawy i skrzywienia kręgosłupa przez stosowanie ćwiczeń na czworakach. Nie wolno nam wreszcie zapominać także o tem, że przy przedwczesnem stawianiu dzieci obciążamy zbytnio, niedostatecznie odporne sklepienie stopy, co może spowodować wytworzenie się płaskiej stopy.

Wszystkie zagadnienia, zwięźle tu poruszone, mówią jedynie o stronie zapobiegawczej. Mamy jednak środek także dla czynnego wkraczania w razie potrzeby. Jest to gimnastyka dla niemowląt, która zdobyła sobie w ostatnich latach wielu zwolenników w kołach lekarskich. Polega ona na pewnych łatwych, biernych i czynnych ruchach, na pewnem, rzecby można, świadomie uplanowanem igraniu z dzieckiem, które sprawia mu przyjemność, a zarazem przynosi korzyści. Szczególnie dodatnim jest wpływ tych ćwiczeń na stan zdrowia wątłych dzieci i ozdrowieńców, jak to dowiedli Hamburger i Jellenig. Każda dyplomowana pielęgniarka powinna być z tem dostatecznie obeznana i umieć w razie potrzeby właściwie zastosować te ćwiczenia dla niemowląt. W szpitalach i klinikach należy kłaść większy nacisk na ten moment wychowania fizycznego, niż dotąd, jak to zresztą od kilku lat dzieje się zagranicą.

Innym ważnym czynnikiem jest odpowiednie odżywianie niemowlęcia (witaminy) i odzież, niezbędne do prawidłowego rozwinięcia się układu mięśniowego i odpornego szkieletu. Ponieważ jednak omówienie tej sprawy wykracza poza sferę naszego artykułu, nie możemy się nią obszerniej zająć.

II. Najmniej niebezpieczeństw grozi dziecku w wieku zabawowym, kiedy pozostaje ono pod wpływem potężnego pędu motorycznego i zdobywa sobie swobodnie coraz szersze możliwości ruchu. Niestety krótko trwa ten najpiękniejszy okres życia, gdyż rozpoczyna się wkrótce okres szkolny, podczas którego młody organizm znów wystawiony jest na działanie szeregu ujemnych wpływów. Dziecko zostaje pozbawione swobody ruchu w okresie najsilniejszego pędu motorycznego, musi spędzać sporą część dnia, siedząc nieruchomo, częstokroć w nieodpowiedniej ławce szkolnej. Nieprawidłowe i zbyt długotrwające siedzenie wpływa ujemnie na postawę, głowa i ramiona opadają ku przodowi, a postać tułowia ulega zmianie (pochyły okrągły grzbiet, wklęsłość krzyży).

Usiłowania 30 lat nie zdołały stworzyć takiej ławki szkolnej, której szkodliwość równałaby się zeru. A to dlatego, że idealne żądanie, wyrażone przez Hinschego, „należy dopasować ławki do dzieci, nie zaś odwrotnie", nie może właściwie zostać spełnione. Dlatego Busemann stara się rozwiązać ten problem z innego punktu widzenia, a mianowicie przez włączenie do systemu szkolnego odpowiedniej dawki ruchu, w czem usiłuje zmniejszyć wpływ niekorzystnych czynników, obniżając ciągłość ich działania. Wedle jego zdania, należy stworzyć możliwość częstej zmiany pozycji, a co zatem idzie, możność odprężania i ponownego naprężania mięśni. Żądaniu jego najłatwiej może stać się zadość przez zastąpienie ławki szkolnej stołami i krzesłami. Argument pedagogów, jakoby cierpiała na tem dyscyplina, zwalczają Baginsky i Spitzy. Pierwszy twierdzi, że ławka szkolna jest jedynie środkiem pomocniczym niedoskonalonych metod pedagogicznych. Istotnie, skoro rozważymy, że w szkołach wiedeńskich pozwala się niektórym dzieciom ze wskazań ortopedycznych brać udział w nauce szkolnej leżąc na brzuchu — i to wcale nie wpływa ujemnie na przebieg nauki szkolnej, ani też na postępy dziecka w nauce — musimy przyznać wyżej wymienionym autorom, że przy odpowiedniem wyszkoleniu sił pedagogicznych nic nie stoi na przeszkodzie wprowadzeniu do szkoły używania krzeseł i stołów. Jednakowoż muszą te sprzęty być tak sporządzone, żeby istotnie odpowiadały celowi, który nam przyświeca. Powinny być rozmaitej wielkości, a przytem lekkie, by dzieci mogły je same przenosić z łatwością. Poręcze i oparcia powinny być składane. Płyta stołu powinna być ruchoma dookoła osi poziomej i przesuwalna w górę i w dół, by mogła służyć zarazem jako pulpit w pozycji stojącej (n. p. podczas śpiewu). Ma się rozumieć, że sprzęty te muszą odpowiadać też ogólnym wymogom higjeny, być łatwe do oczyszczania i pozbawione zakątków, będących zbiornikami kurzu. Takim celowym modelem sprzętu szkolnego rozporządza Fa. Niederkrom, Hannover.

Jeśli mowa o sprzęcie szkolnym, należy zwrócić uwagę na źródło światła (Hinsche). Każda polerowana ławka (wzgl. stół, tablica i t. p.), każdy błyszczący papier stara się wyminąć, wygijemne refleksy lśniące, które dziecko stara się wyminąć, wyginając się częstokroć podczas całej godziny w jedną stronę, wykrzywiając zatem przymusowo kręgosłup. Moment ten powinien być należycie uwzględniony. Kwestję rozwiązać łatwo, polecając dzieciom częstą zmianę miejsc w ciągu roku szkolnego i unikając w ten sposób, ażeby szkodliwy czynnik działał wciąż na jedno i to samo dziecko.

Statystyki wad postawy dowodzą, że wymogom higjeny w szkole dotąd nie stało się zadość, i, że dzisiejszy system szkolny dotąd wykazuje liczne braki. Vagedes spotkał u 25% dzieci, Langeu 30—50% odchylenia kręgosłupa od normy, względnie wady anatomiczne i czynnościowe, wymagające specjalnego, osobniczego leczenia. Lange włączył do swej bogatej statystyki skrzywień do przodu także w znacznej mierze skrzywienia boczne. Lekką postać (C-skoljozę), spotkał on u 10%, Schultess u 15% dzieci szkolnych, najczęściej w wieku 4—8 lat. Dalej posuniętą postać (S — skoljozę) znalazł Gaugele u 2 i pół — 3%, Schmidt u 7—10% dzieci, (częściej u dziewcząt). Deutschlaender podaje, że w Hamburgu spotkał u 0,5% dzieci szkół handlowych ułomności, jako skutki skrzywienia bocznego. Zwiotczenie mięśni kręgosłupa (grzbiet pochyły), podaje Gaugele na 10—15%, Spitzy zaś na 20% dzieci szkolnych. Statystyki powyższe dają jedynie przegląd najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości. Cyfry byłyby znacznie wyższe, gdyby się wzięło pod uwagę wszystkie niedomagania ortopedyczne, jak n. p. stopę koślawą, kolana koślawe i szpotawe, i t. d.

Najważniejszą jednak grupę tych schorzeń przedstawia skrzywienie boczne kręgosłupa, dlatego też zajmiemy się tą sprawą nieco dokładniej. Wedle Port'a, to skrzywienie jest przystosowaniem się rozwijającego się organizmu do miejscowego skrzywienia kręgosłupa, jest więc nie mechanicznym, lecz biologicznym problemem. Okres przejściowy stanowi osłabienie mięśni kręgosłupa, zdarzające się daleko częściej, aniżeli to naogół jest wiadomem.

Przy szablonowem badaniu szkolnem jest ten stan mięśni i wynikła stąd wada postawy niejednokrotnie uważane za prawdziwą skoljozę, jak to mieliśmy sposobność zauważyć w przychodni ortopedycznej prof. Spitzy. Przy bardzo dokładnem badaniu zdarza się niespodziewanie, że n. p. prawostronna „skoljoza" — zwłaszcza gdy dziecko zmęczone jest już czekaniem i samem badaniem, — przechodzi nagle w lewostronną. Przyczyn tego osłabienia mięśni należy szukać w: 1) wadach pielęgniarstwa w wieku niemowlęcym, 2) w brakach, obecnego systemu szkolnego, 3) w opisanem przez A. Müller'a i Lorenzen'a reumatycznem osłabieniu mięśni.

Wymienione przypadki osłabienia mięśni kręgosłupa są właśnie temi skrzywieniami bocznemi, które na szczęście dają się wyleczyć i z których wedle zdania wielu lekarzy, (a przedewszystkiem laików) dzieci „wyrastają". Mianowicie dzieje się to wtedy, gdy dziecko dostanie się w ręce dobrego gimnastyka, wzmacniają się wtedy mięśnie kręgosłupa i przyczyna wadliwej postawy znika. Dla pewnej jednak części tych przypadków gimnastyka szkolna jest nieodpowiednia, stan pogarsza się, lekarz szkolny wyklucza dziecko z ćwiczeń w szkole i poleca leczenie ortopedyczne. Jeśli dziecko należy do sfer zamożnych, leczy się u ortopedysty, (najczęściej w instytucie zanderowskim). Większości jednak chorych nie stać na to, a wtedy z postawieniem rozpoznania kończy się wszystko, co dla dziecka kiedykolwiek zrobiono. Widzi się je po latach z prawdziwem skrzywieniem bocznem, a można go było uniknąć przez zastosowanie odpowiedniej gimnastyki bez przyrządów. Zajmiemy się tu przedewszystkiem metodami leczenia tych przypadków, które są na pograniczu zdrowia i tego stanu, w którym powinien wkroczyć ortopedysta, (metody Zandera) wzgl. chirurg, (łóżko gipsowe). Temi pogranicznemi przypadkami są właśnie dzieci, cierpiące na niedomogi mięśni kręgosłupa, pod postacią atonji, (niemożność trwałego zachowania dobrej postawy), grzbietu pochyłego, lordozy, lekkiego usztywnienia kręgów piersiowych, (t. zw. grzbiet płaski, *Flachruecken*). Niektóre z tych przypadków przedstawiają nietylko wady kosmetyczne, lecz są także przyczyną poważniejszych zaburzeń narządów wewnętrznych n. p. nerek (białkomocz), przewodu pokarmowego (nawykowe zaparcie stolca przy zwiotczeniu mięśni brzucha), wreszcie płuc i serca. Dlatego też częstokroć usunięcie wady postawy poważniejszej natury, pociąga za sobą równocześnie zniknięcie najrozmaitszych objawów ze strony narządów wewnętrznych.

Zwalczanie poruszonych nieprawidłowości systemu ruchowego podlega w Niemczech od 1920 r. odnośnym ustawom. Pruska ustawa opieki nad kalekami [1]) z dnia 6. V. 1920 r. obowiązuje nauczycieli wszystkich szkół do obserwowania i zgłaszania każdej niedomogi systemu ruchowego, zwłaszcza zaś osłabienia mięśni grzbietu. Na podstawie tej nieustannej kontroli i badań lekarskich, tworzy się w każdej szkole grupy, których ćwiczenia gimnastyczne odbywają się osobno i to ściśle wedle wskazówek ortopedysty. Jeżeli liczba

---

[1]) *Preussisches Krüppelfürsorgegesetz.*

dzieci, przeznaczonych do odrębnej gimnastyki jest zbyt małą lub też, jeśli wprowadzenie odrębnych godzin natrafia na niedające się usunąć przeszkody, wówczas włącza się do programu gimnastyki szkolnej odpowiednie ćwiczenia. W tym wypadku przeprowadza się udoskonalenie gimnastyki szkolnej pod hasłem zapobiegania. Należy jednak zaznaczyć, że wszystkie te szkolne ćwiczenia nie mają znaczenia terapeutycznego, lecz są jedynie zapobiegawcze. Zasadniczą rzeczą jest to, że: w przeciwieństwie do dawnego, schematycznego systemu prowadzenia gimnastyki szkolnej wprowadza się w nowoczesnych szkołach jak najdalej idący podział na grupy, dostosowany do potrzeb jednostki i jak najdokładniej uwzględniający osobnicze wymogi; każde dziecko dostaje swoją własną „receptę ruchu" *(Bewegungsrezept)*. Widzimy więc, że w dziedzinie wychowania fizycznego zdobywają sobie prawo obywatelstwa te same zasady, wedle których zreformowano inne dziedziny wychowania dzieci. Nowoczesna pedagogika dąży do uwzględnienia potrzeb jednostki w całem tego słowa znaczeniu. Rzecz zrozumiała, że ten system wychowania fizycznego wymaga od lekarzy szkolnych sumiennego wyszkolenia ortopedycznego.

Jakież więc są najważniejsze systemy gimnastyczne, według których mogą i powinny być uzupełnione ćwiczenia szkolne? Ponieważ wchodzą tu w rachubę jedynie tylko takie metody, które są dostępne dla ogółu i to dla jak najszerszych mas ludności, powinny one być łatwe i tanim kosztem dające się zastosować. Warunki te spełniają systemy gimnastyki bez przyrządów, przywiązane do nazwisk: Klapp, Spitzy, Lange. Istotą tych wszystkich systemów są ćwiczenia, łatwe do wykonania, uzasadnione fizjologicznie, a zarazem rozwojem filo- i ontogenetycznym. Metody te wypracowano już przed wielu laty i stosuje się je z dodatniemi wynikami w Europie środkowej, a zwłaszcza w Niemczech. Ponieważ mieliśmy sposobność podczas naszego pobytu zagranicą zapoznać się z niektóremi z nich i naocznie przekonać się o ich korzyściach, pragniemy je tu pokrótce opisać.

I. W Niemczech rozpowszechnionym jest system, którego naukowe zastosowanie zawdzięczamy Klapp'owi, a polegający przeważnie na ćwiczeniach w ułożeniu czworonożnem, (n. p. „chód jaszczurczy"). Samo już ustawienie ćwiczącego dziecka w tem ułożeniu przedstawia pewne korzyści.

W tem ustawieniu, ułożenie żeber do osi podłużnej ciała jest prostopadłe, wskutek czego średnica strzałkowa klatki piersiowej znacznie się powiększa. Różnicę ustawienia żeber w pozycji stojącej i czworonożnej można najtrafniej porównać z urządzeniem ochronnem ramp kolejowych, w postaci szeregu prętów, umieszczonych prostopadle do rampy, a równolegle do siebie. (Lehmann). Kiedy rampa jest zamknięta, ułożenie prętów jest identyczne z powyższym opisem, z tem, że dolne ich końce dotykają ziemi, (aby zapobiec przebieganiu przez tor kolejowy dzieci i psów). Kiedy jednak rampa się otwiera, t. j. unosi się w górę, pręty zwisają na niej, tworząc z nią kąt ostry. Podobną dążność wykazują żebra w postaci stojącej, a kąt, który tworzą z kręgosłupem, jest tem ostrzejszy, im słabszą jest podpora mięśni, rozpiętych między żebrami a kręgosłupem.

Z tego wynika, że ćwiczenia te przedstawiają wielkie korzyści dla każdej postaci zniekształceń klatki piersiowej, (płaskiej, wąskiej, kurzej, szewskiej), a także stwarzają warunki dla czasowego odciążenia kręgosłupa na koszt pasa barkowego i ramion z jednej, a miednicy i ud z drugiej strony. Ponieważ stosunki statyczne i dynamiczne układają się odmiennie, niż podczas stania i siedzenia, następuje niejako wyrównanie szkód szkolnych. Dlatego też wielu autorów nazywa te ćwiczenia gimnastyką wyrównawczą *(Ausgleichgymnastik)*. Wyrównawcze działanie osiągamy przez stosowanie ćwiczeń symetrycznych, a w razie potrzeby i jednostronnych, asymetrycznych. Są w tym systemie pewne skomplikowane ćwiczenia, (n. p. chód na kolanach kyfotyczny, lordotyczny), dla wyrównania poważniejszych zniekształceń, wymagające dużej uwagi i precyzji wykonania, dlatego też nadają się dla starszych dzieci.

II. System prof. Spitzy zawiera prostsze rodzaje ćwiczeń na czworakach, skombinowane przeważnie z ćwiczeniami oddechowemi; prócz tego noszenie worka piasku na głowie *(Kariatidenhaltung)*, przyczem stale kładzie się nacisk na wzmacnianie mięśni tułowia.

Cała aparatura składa się: z gładkiej absolutnie czystej podłogi betonowej, ochraniaczy dla dłoni i kolan, worków piasku różnej wagi i z odpowiedniej ilości mat. Dzieci ćwiczą 3 razy w tygodniu po godzinie, podczas której ćwiczenia na czworakach trwają: dla dzieci mniejszych 30 min., dla większych zaś 20 min. Młodsze dzieci uprawiają jedynie prostsze rodzaje ćwiczeń, starsze zaś prócz tego także bardziej skomplikowane ich odmiany. Reszta godziny poświęcona jest ćwiczeniom: w ułożeniu klęczącem, siedzącem, „po turecku", wreszcie w pozycji leżącej na wznak i na brzuchu; dzieci ćwiczą też suche pływanie, ćwiczenia wyciągające *(Dehnungsübungen)* i oddechowe. Koniec godziny stanowi noszenie worka piasku na głowie. To ostatnie łączy się ze względu na profilaktykę płaskiej stopy z równoczesnem chodzeniem na palcach. Innym rodzajem tejże profilaktyki jest chodzenie na zewnętrznym brzegu stopy ze zgiętemi palcami, na czem kończy się godzina ćwiczeń.

III. Monachijska gimnastyka Lange'go *(Das Münchener Sonderturnen)* ma charakter raczej leczniczy, jednakowoż zawiera także ćwiczenia wolne, bez przyrządów, które wchodzą w rachubę szczególnie jako ćwiczenia zapobiegawcze. Prócz ćwiczeń oddechowych i noszenia worka piasku na głowie (elementarnych ćwiczeń, wspólnych z systemem Spitzy'ego), polega ta metoda przeważnie również na ćwiczeniu mięśni tułowia. Wzmocnienie mięśni grzbietu i tułowia wogóle, osiąga się przez zginanie i prostowanie się (naprężanie i odprężanie mięśni) w pozycji stojącej dookoła osi frontalnej, przyczem dłonie splata się w ekstenzji ramion na plecach. Ćwiczenia dookoła osi strzałkowej wykonuje się głównie przy grożącem ustaleniu skoljozy i przy już istniejącej skoljozie, a efekt ich stara się podnieść przez odpowiednie ustawienie kończyn.

Należy raz jeszcze zaznaczyć, że system ten jest raczej na usługach terapji i powinien nim operować sam lekarz; podobnie, jak i ćwiczenia, podane przez O. H. Wagner'a. Wymienionych bowiem ćwiczeń przeciwskoljotycznych nadużywa się często, wykonując je bez kontroli lekarskiej, a doświadczenia uczą, że w tych razach raczej szkodzą.

Wyniki wszystkich systemów gimnastycznych zależne są od długotrwałego i systematycznego przeprowadzania. Długotrwające ujemne wpływy bowiem mogą zostać wyrównane jedynie tylko przez również długo trwające przeciwdziałanie. Dlatego też minimum tego, czego lekarz żądać musi od władz szkolnych, zawiera zdanie Spitzy'ego: „każdemu dziecku w każdej szkole dać codziennie godzinę ćwiczeń". Braun żąda dla dzieci codzień przynajmniej pół godziny gimnastyki, aby nie dać czasu zapomnieć o obowiązku utrzymania dobrej postawy. Wielu innych autorów podnosi również wpływ wytrzymałości, woli i przyzwyczajenia. Te wpływy nie powinny jednakże ograniczać swego działania wyłącznie podczas godziny gimnastyki, lecz także wykraczać i poza jej sferę. Dlatego też dostają dzieci t. zw. receptę ruchu t. j. wskazówki odnoszące się do sposobu spełniania zwyczajnych czynności codziennego życia jak np. sposób leżenia w łóżku (ewentualnie skośne ustawienie tegoż według Spitzy'ego). Dziecku z pochyłym grzbietem pozwala się czytać wyłącznie leżąc na brzuchu, dziecku z kolanem koślawem *(genu valgum)* zaś siedząc po turecku. Zwraca się też uwagę na jakość i twardość posłania, ułożenie poduszek, ewentualnie zastąpienie ich przez wałki. Przeciw płaskiej stopie poleca się wykonywać w domu proste i łatwe ćwiczenia, jak n. p. chodzenie boso na zewnętrznym brzegu stopy z zgiętemi palcami; chodzenie na palcach przy myciu, ubieraniu i czesaniu, unikanie stania w rozkroku, celem uniknięcia obciążenia wewnętrznego brzegu stopy. Te i tym podobne przepisy, stosowane konsekwentnie, zbliżają nas codzień o krok do celu.

Niezrozumiałem jest, że dotąd brak w dziedzinie, przez nas tu omawianej, muzycznego momentu pomocniczego. W praktyce gimnastycznej i ortopedycznej istnieje dziś jedynie komenda słowna, ale brak zarówno taktu, jak i rytmu. Jest to tem bardziej zdumiewającem, że przecież mechanicznemu, automatycznemu wykonywaniu ćwiczeń wedle empirycznie fizjologicznej rytmiki (rytm oddechu i serca), wyrażonej odpowiednio spokojną melodją, — nic nie stoi na przeszkodzie. Wprost przeciwnie, muzyka bardzo pociąga dziecko. Dlatego też należy raczej oczekiwać, że uciążliwy częstokroć dla dziecka obowiązek codziennej gimnastyki, przybrałby charakter przyjemnej zabawy, pewnego rodzaju tańca na czworakach. Jesteśmy tego przekonania, że czynnik ten, w ręku odpowiednio wyszkolonego kierownika, duże przyniósłby korzyści.

* * *

Jeśli mowa o ortopedycznem udoskonaleniu wychowania fizycznego, nie wolno nam pominąć szkół dla dzieci umysłowo-upośledzonych, których stanowisko jest pod tym względem zupełnie odrębnem i dlatego muszą one być oddzielnie traktowane. Jak to wykazują badania i statystyki licznych autorów znajdujemy w tych szkołach znaczniejszy odsetek niedomagań ortopedycznych, aniżeli w szkołach dla dzieci normalnych. Dziecko, cofnięte w rozwoju umysłowym, charakteryzuje na pierwszy rzut oka brak ruchliwości; brak mu własnego impulsu dynamicznego, — dlatego też dzieci te pozostają w tyle jeśli chodzi także o rozwój narządu ruchowego. Na tle ich umysłowej i cielesnej mniejszowartościowości powstają łatwiej schorzenia ortopedyczne. Ponieważ jest już oddawna nietylko przysłowiowym, lecz doświadczalnie stwierdzonym faktem, że duch i ciało oddziałują na siebie wzajem, przeto mamy do dyspozycji ważny czynnik o korzystnym wpływie na stan umysłowy

tych dzieci, a mianowicie: racjonalne fizyczne ich wychowanie. Tu też leży jedno z najważniejszych zadań pedagoga, zwalczanie mniejszowartościowości umysłowej także tą drogą. Te dzieci przedewszystkiem muszą mieć codziennie godzinę gimnastyki, o co do dziś walczyli napróżno lekarze i pedagogowie. Dlatego też przekonywujące są żądania Ortmann'a i Worringen'a.

1) Stworzenie lepszego wyrównania pomiędzy czasem przebywania w ułożeniu siedzącem i w ruchu, ze względu na pobudzenie krążenia, co jest dla tych dzieci rzeczą szczególnej wagi.

2) Kształcenie zręczności. Częstokroć stwierdza się u tych dzieci wybitną siłę mięśniową, jednakowoż opanowywanie własnego ciała szwankuje zawsze, podobnie, jak i władanie ruchami i od ruchami. Wskazanem jest więc ćwiczenie koordynacji [2]).

3) Włączenie wielkiego programu ortopedycznego do każdej lekcji gimnastyki, celem skutecznego zwalczania wad postawy. Ze względu na mniejszowartościowość umysłową należy wybierać proste, nieskomplikowane ćwiczenia. Prostsze formy ćwiczeń Klapp'a i Spitzy'ego są bardzo odpowiednie, przyczem należy kłaść wagę na przyzwyczajanie dzieci do prawidłowego oddechania. Nauczyciel powinien dbać o to, żeby gimnastyka miała wszystkie cechy ćwiczeń ortopedycznych i odpowiadała zarazem wszystkim wymogom pedagogicznym, z należytem uwzględnieniem specjalnych warunków, wśród których pracuje. Wskazanem więc jest: powolne, dokładne i spokojne demonstrowanie ćwiczeń, częste ich powtarzanie przez dzieci aż do automatyzacji; unikanie ćwiczeń, wywołujących zmęczenie poszczególnych grup mięśni, a więc raczej uprawianie ćwiczeń płynnych, t. j. takich, jak n. p. chód na czworakach. Trzeba też dbać o różnorodność ćwiczeń, ze względu na łatwiejsze występowanie objawów zmęczenia u tych dzieci; należy starać się o dokładniejszą indywidualizację grup, niż w szkole normalnej, a więc stwarzać jak najdalej idący podział na grupy. W szkołach tych wskazanem jest jak najczęstsze uprawianie ćwiczeń dla podniesienia sklepienia stopy, ze względu na szczególną skłonność do płaskiej stopy.

4) Bezwzględna konieczność nauki pływania, tak ze wskazań życiowych, praktycznych, jak i ortopedycznych. (patrz niżej).

5) Wybitnym momentem pomocniczym w wychowaniu tych dzieci jest wychowanie ich w oburęczności *(ambidextria)*. Doświadczenia uczą bowiem, że udaje się częstokroć przy porażeniach prawostronnych osiągnąć polepszenie w zaburzeniach mowy przez ćwiczenie lewej ręki. Motywem, który również za tem przemawia, niechaj będzie dla nas także i to, że Japończycy wychowują dzieci w oburęczności.

Topolansky wypowiada: „oburęczność zapobiega skrzywieniom kręgosłupa, wadom postawy, krótkowzroczności; rozwija lewe płuco, ćwiczy lewe oko, dopomaga do lepszego trzymania głowy i w wysokim stopniu rozwija inteligencję". J. Liberty Tadd. twierdzi: „oburęczność prowadzi do poprawy postawy, a zarazem do podniesienia poziomu inteligencji". Fränkel: „umysłowemu przemęczeniu można zapobiec przez równoległe ćwiczenie obu rąk". Stekel: „oburęczne dziecko uczy się szybciej, lepiej pojmuje, ma lepszą pamięć i wszystko szybciej wykonuje".

Należy więc w wychowaniu fizycznem tych dzieci, a zwłaszcza przy gimnastyce dbać o staranne wykonywanie ćwiczeń lewostronnych.

* * *

W związku z ortopedycznem udoskonaleniem wychowania fizycznego musimy nakoniec omówić tu także pewne rodzaje sportu, które w ostatnich latach wzięto do pomocy ortopedji. Temi sportami jest przedewszystkiem pływanie ortopedyczne, a także i wiosłowanie.

Pływanie jest, wedle badań lat ostatnich, jedynym sportem niewykazującym żadnych szkód sportowych *(Sportschäden)*, a tylko dodatnio działającym pod każdym względem na młodociany organizm. Rozwija bowiem harmonijnie całe ciało, a zwłaszcza mięśnie tułowia. Pojęcie ortopedycznego pływania powstało niedawno, a zawdzięczamy je F. A. Schmidt'owi i Reinheimer'owi. Ten ostatni zwrócił uwagę na korzystny wpływ stylu piersiowego dla grzbietu pochyłego, a niekorzystny dla lordozy. W tych przypadkach poleca Schmidt stosowanie gurtu korkowego, umieszczonego poniżej pępka. Fränkel stosuje pływanie nietylko u chorych, leczonych metodą Klapp'a, lecz także u leczonych łóżkiem gipsowem, a więc w przypadkach ciężkich. Wedle jego zdania — i słusznie, — nie są przypadki, przeznaczone do gimnastyki ortopedycznej nigdy aż tak ciężkie, aby nie można było polecać pływania. Ponieważ jednak sam styl piersiowy nie ma wpływu na poprawienie wygięcia linji, łączącej wyrostki kolczyste, — przy skoljozach — przeto podaje on sposób bądźto czynnego, bądźto biernego wpływania na owo wygięcie. Czynnie możemy działać przez pływanie łukiem i wkoło, w odpowiednim kierunku, ma się rozumieć pod ścisłą kontrolą nauczyciela i wedle wskazówek lekarza. Biernie zaś, przez założenie w odpowiedniem miejscu gurtu z pelotą, uciskającą wypukłość żeber, hamującą lub ułatwiającą ekskursje jednostronne. Na podstawie swych doświadczeń uważa Fränkel pływanie ortopedyczne za korzystny środek pomocniczy szkolnej gimnastyki ortopedycznej. Doświadczenia innych autorów również przemawiają za tem. Badania i pomiary, dokonane na zawodnikach podczas olimpjad i w poradniach sportowych wykazują u pływaków największy odsetek dobrej postawy (Kohlrausch).

Skoro mowa o pływaniu, niepodobna pominąć wiosłowania, gdyż obie te gałęzie sportu uprawia się zazwyczaj równolegle. Wiosłowanie ma jednakże pewne ujemne wpływy. Dzieci używają bowiem często wiosła po jednej i tej samej stronie, zwłaszcza w łodziach o jednem wiośle, co przy częstem powtarzaniu i już istniejącej dyspozycji, może być powodem wytworzenia się skoljozy, a co najmniej pogorszyć postawę. (Hoske). Zasadniczą rzeczą jest fakt, że każdy sport, uprawiany jedynie jednostronnie [3]) może wywołać powstanie skrzywienia kręgosłupa, lub je pogorszyć, względnie, — pod kierownictwem, świadomem celu — może dodatnio wpłynąć na postawę, ale nigdy nie jest obojętnym. Dlatego też uprawianie tych rodzajów sportu przez młodzież szkolną powinno podlegać kontroli ortopedycznej. Ale nawet symetryczne wiosłowanie, (dwuwiosłówka), może być szkodliwe, jeśli uprawiane jest zbyt intenzywnie. W szczególności należy odradzać od tego sportu dzieciom, skłonnym do skrzywienia kręgosłupa do przodu (przeważnie dziewczynki). Dla tych dzieci nadają się bardziej „jedynki", *(Paddelboote)*, gdyż poziome ułożenie i ustalenie nóg w ekstenzji, a zatem ustalenie miednicy, przeciwdziała właśnie lordozie. Poza tem jest ten rodzaj wiosłowania doskonałem ćwiczeniem równowagi. Sport wioślarski nie jest też obojętnym ze względów kosmetycznych, gdyż ma wielki wpływ kształtujący na klatkę piersiową i pas barkowy; wystarczy spojrzeć na ultra-nowoczesną sylwetkę niektórych dziewcząt, przesadnie uprawiających ten sport; ich szerokie kwadratowe ramiona, i wąziutkie biodra.

Organizm kobiecy na ogół nie jest w stanie podołać wymogom wszystkich gałęzi sportu bez szkód dla siebie, do tego stopnia, jak organizm męski. Typ nowoczesnej *„sportlady"* nie jest ideałem kobiecym ani pod względem duchowym, ani też cielesnym. Kroenig zauważył u sportsmenek wyjątkowo często ciężkie przebiegi porodów. Matthias stwierdził u dziewcząt współczesnych w porównaniu z pomiarami, poczynionemi przed wojną, znaczne zmniejszenie objętości miednicy. Spostrzeżenia te są bardzo cenne, i wskazują na to, że przesadne uprawianie sportów przez kobiety nie powinno znaleźć aprobaty u lekarzy.

Dla obu płci powinno być wogóle zasadą, że nie należy dążyć do rekordu, lecz do osiągnięcia najlepszego wyniku osobistego. (Bartsch i i.). Na niebezpieczeństwa dążeń do rekordu zwrócił uwagę już jeden z nas [4]). Gorączkowe dążenie do rekordu powinno być surowo napiętnowane i zwalczane. (Huntemüller). Sprawa ta najmądrzej regulowana jest w Anglji (n. p. Oxford i Cambridge), gdzie na ogół nie uprawia się specjalizacji, lecz każdy uprawia kilka gałęzi sportu równolegle, przez co ewentualne szkody sportowe wyrównują się nawzajem.

W udoskonaleniu ortopedycznem poszczególnych rodzajów sportu powinna przypaść w udziale ważna rola związkom sportowym. Jest bardzo pożądanem, aby władze sanitarne ustanowiły odnośną kontrolę, a więc poradnie sportowo-lekarskie, obeznane z nowoczesną ortopedją, które miałyby na celu opiekę nad młodzieżą w tym zakresie i w razie potrzeby odradzały uprawiania szkodliwego dla danej jednostki sportu i to zawczasu. Uniknąćby można w ten sposób niejednej, później zbyt bolesnej rezygnacji. Przestroga i wczas udzielona rada zaoszczędziłaby niejednemu z naszej młodzieży niejednej ciężkiej ofiary.

W niniejszym przeglądzie staraliśmy się przedstawić nowoczesny kierunek wychowania fizycznego, który wprowadza zdrową atmosferę w tę dziedzinę i, być może, poprowadzi ją właściwą drogą.

---

[2]) Jakkolwiek zasadniczo jesteśmy przeciwni gimnastyce na przyrządach w szkole i jeden z nas zwrócił uwagę na niekorzystne strony tejże w referacie, wygłoszonym na posiedzeniu Lwowskiego Tow. Pedjatrycznego w r. 1928, to jednak wskazanem jest tu wprowadzenie pewnych prostszych ćwiczeń tego rodzaju, ze względu na korzystny wpływ ich na szkolenie zręczności. (Worringen).

[3]) Takie sporty, jak n. p. tennis, rzuty, szermierka. Z tych samych powodów nie jest też obojętną zabawka dziecięca, która ostatnio ogromnie się rozpowszechniła, t. zw. „hulajnoga". Idealnem żądaniem jest, żeby przy jednostronnych grach i zabawach dbać o używanie naprzemian obu rąk, wzgl. nóg.

[4]) Na wyżej wymienionem posiedzeniu Tow. Pedj.

Piśmiennictwo.

Bartsch: Ztschr. f. Schulgesundheitspflege, tom 43, str. 481, 1930. — Braun: detto, tom 39, str. 213, 1926. — Busemann, detto, t. 40, str. 422, 1927. — Deutschländer: Ztschr. f. orthop. Chir. t. 49, str. 235, 1928. — Fränkel, cyt. przez Ortmanna. — Gaugele: Münch. med. Wschr. t. 74, str. 810, 845, 893. 1927. — F. Hamburger, detto, t. 73, str. 1156, 1926. — Hinsche, Ztschr. f. Schulgesundheitspflege, t. 39, str. 13, 1926, t. 41, str. 257, 1928, t. 43, str. 209, 1930. — Hoske, detto t. 43. str. 425, 1930. — Huntemüller: Münch. med. Wschr. t. 72, str. 2053, 1923. — Jellenig, detto, t. 70, str. 268, 1923. — Klapp, Das Klappsche Kriechverfahren, w opracowaniu Gertrud Schulz, Lipsk, wyd. Teubner. — Kohlrausch, cyt. przez Arnolda, Ztschr. f. Schulgesundh. pfl. t. 41, str. 313, 1928. — Lange. Münch. med. Wschr. t. 74, str. 265, 1927. — Lehmann, Ztschr. f. Schulgesundh. pfl. t. 41, str. 337, 1928, t. 42, str. 683, 1929. — Liberty, Matthias, cyt. przez Ortmanna. — Ortmann, Ztschr. f. Schulgesundh. pfl. t. 39, str. 556, 1926, t. 42, str. 14, 1929. — Port, Archiv. f. orthop. Chir. t. 26, str. 379, 1928. — Reinheimer, Ztschr. f. Schulges. pfl. t. 39, str. 10, 1926. — Schede, Ztschr. f. orthop. Chir. t. 49, str. 74, 1928. — Schmidt, F. A. Unser Körper, 5-te wydanie, str. 563. — Schulthess, cyt. Spitzy, Lange. — Spitzy, Lange, podręcznik Pfaundler-Schlossmann, 3-cie wydanie, t. VIII. 1930. — Stekel, Topolansky, cyt. przez Ortmanna. — v. Vagedes, Ztschr. f. Schulges. pfl. t. 39, str. 317, 1926. — Wagner, O. H., Archiv. f. orthop. Chir., t. 28, str. 628, 1930. — Worringen: Ztschr. f. Schulges. pfl. t. 41, str. 4 i str. 235, t. 43, str. 231.

Dr. Czesław KARWOWSKI. Białystok.

O samoistnych rozlanych krwotokach podpajęczynówkowych [1].

Schorzenie to, spotykamy niezbyt często i sądzę, że niezawsze można je rozpoznać z powodu bardzo nierównego nasilenia choroby. Krwawienia w obrębie centralnego systemu nerwowego mogą umiejscowić się w samej substancji mózgowej, komorach mózgowych i przestrzeniach międzyoponowych. Anatomja rozróżnia 3 opony: op. twardą, op. pajęczynowatą i oponę miękką. Op. twarda w jamie czaszkowej składa się z jednej warstwy za wyjątkiem okolicy *sinus venosi, cavum ganglii semilunaris* i *saccus endolymphaticus labyrynthi*, opona zaś twarda rdzenia na całej przestrzeni składa się z 2 blaszek i tworzy przestrzeń nadoponową op. twardej *(cavum epidurale)* Kopsch Lerb. d. A.). Opona pajęczynowata składa się z warstwy zewnętrznej i wewnętrznej: zewnętrzna tworzy z oponą twardą przestrzeń podoponową op. twardej *(cav. subdurale)*, blaszka zaś wewnętrzna z blaszką zewnętrzną op. miękkiej — przestrzeń podpajęczynówkową *(cav. subarachnoidale)*. Op. miękka składa się z 2 blaszek, pomiędzy któremi znajduje się t. zw. przestrzeń Virchow Robina. Wreszcie między blaszką wewnętrzną op. miękkiej i tkanką okołonaczyniową glejową istnieje t. z. przestrzeń Hissa.

Z punktu więc anatomicznego mamy cały szereg przestrzeni, jednakże to co anatomja rozróżnia jako *pia* i *arachnoidea* jest jedną powłoką. Opony te są połączone szeregiem więzadełek i beleczek, tworząc przestrzeń podpajęczynówkową *(cav. subarachnoidale)*, a przestrzenie Virchow-Robina i Hissa łączą się z nią różnemi szczelinami, tworząc niejako jedną przestrzeń, która i z punktu fizjologicznego przedstawia jedną całość, gdyż obie opony nie mają odrębnych funkcyj.

Przestrzeń ta w jamie czaszkowej, jak i jej dalszy ciąg — przestrzeń w kanale rdzeniowym, komunikuje się z płynem w komorach: przez otwory Luschki łączy się płyn zewnątrzmózgowy z komorą IV, a przez otwór międzykomorowy *(foramen Monroi)*, wodociąg Sylwiusza i otwór Magendi z płynem rdzeniowym (Kafka, Corning). Przestrzeń podoponowa op. twardej *(c. subdurale)* w jamie czaszkowej tworzy gładką szczelinę, która około otworu potylicznego rozszerza się i łączy się z przestrzenią podoponowa op. twardej rdzenia. Przestrzeń ta nie ma bezpośredniego połączenia z przestrzenią podpajęczynówkową, a łączy się jedynie zapomocą naczyń limfatycznych i nerwów, które przebiegają przez opony (Corning).

Do wszystkich tych przestrzeni może nastąpić wylew krwi, jednak właściwie na podstawie wyżej powiedzianego możemy odróżnić krwawienia op. twardej i krwawienia do przestrzeni podpajęczynówkowej, do których zaliczymy i krwawienia do przestrzeni Virchow Robina i Hissa.

[1]) Referat niniejszy był wygłoszony na posiedzeniu Pol. Zrzesz. Lek. w Białymstoku, dn. 18. XII. 1930 r.

Krwawienia podoponowe op. twardej i podpajęczynówkowe dają cały szereg jednakowych objawów klinicznych tak mózgowych jak i oponowych. Momenty wyzwalające tych cierpień są często takie same lub zbliżone, a ściśle rozpoznanie można ustalić czasami dopiero na stole sekcyjnym, za życia zaś jedynie nakłucie lędźwiowe rozstrzyga, do której przestrzeni nastąpił wylew.

Przyczyna krwawień śródczaszkowych bywa różna: kiła, urazy, trucizny krwi i naczyń, gruźlica, ostre choroby zakaźne: ospa, tyfus, grypa, *endocarditis, meningitis*, alkoholizm, nowotwory, arterioskleroza, awitaminozy. Oprócz krwawień wywołanych temi przyczynami, spotykamy krwawienia podpajęczynówkowe, których etjologja jest ciemna, a momenty wyzwalające są błahe, jak rąbanie drzewa, pompowanie wody, poród, oddawanie stolca, spółkowanie, naświetlanie słońcem, momenty psychiczne, przepracowanie umysłowe (I i II przyp. opisany), które nie mogą być tą ważną przyczyną, któraby spowodowała wylew krwi. Krwawienia te określa się rozmaicie: samoistny rozlany krwotok podpajęczynówkowy (Hess). *Haemorrhagia subarachnoidalis* (Eskuchen); samoistne krwawienie opon miękkich (Ferster, Kohn); *septomeningitis haemorrhagica* (Bittors) (nazwa niesłuszna, gdyż niema tu stanu zapalnego (Hess)).

Pierwszy odróżnił krwawienia mózgowe i podoponowe Serrés 1819 r. Baillarger ustalił krwawienia podoponowe i podpajęczynówkowe. Bramwell opisał pierwszy samoistne rozlane krwawienia podpajęczynówkowe (Edinburg M. J. 1886). Ostatnio bardziej ważkie obserwacje ogłosili Symonds, Munnck, Flatau (Warszawa), Rothfeld (Lwów), Goldflam (Warszawa), Hermann (Warszawa), Pavy, Mackiewicz (Pol. Gaz. Lek.) Usawa, Hess i inni.

Początek choroby jest nagły. U ludzi zupełnie zdrowych, przeważnie młodych z nieuszkodzonym narządem krążenia, nagle występują silne bóle głowy, wymioty, zawroty głowy, bóle krzyża, utrata przytomności, stany majaczeniowe, śpiączka, sztywność karku, objawy Babińskiego i Kerniga, następczo zaburzenia reakcji źrenic, porażenia połowicze, porażenia nerwu okoruchowego, czasami zap. n. wzrokowego, zaburzenia odruchów, zaburzenia sensoryczne, drgawki ogólne lub typowo Jacksonowskie, rzadko nagła ślepota, zaburzenia psychiczne — konfabulacja. Ciepł. niska 37—37,6. Początek choroby może być zupełnie nagły, chory pada, traci przytomność (przyp. Usawy, Mc. Ivera i inne) i stan taki trwa od kilku godzin do 10 dni, albo też początkowe bóle i zawroty głowy stopniowo potęgują się (niżej opisany II przyp.) i dają po pewnym czasie objawy mózgowe i oponowe. Zejście przy obfitych krwotokach śmiertelne, przy mniejszych wyzdrowienie bez żadnych następstw lub też mniej lub więcej wyraźne braki, jak ogniskowe objawy w epilepsji, widzenie połowicze, utrata czucia odległości, zaburzenia wzrokowe (przyp. II), zaburzenia psychiczne — konfabulacja (przyp. IV). Powrót do zdrowia trwa 3—4 tyg., a do czasu zniknięcia objawów wtórnych czasami upływa kilka miesięcy (przyp. II), lub też zmiany mogą pozostać na stałe (przyp. Adie I).

Zmiany w płynie m.-rdzeniowym: podczas nakłucia lędźwiowego płyn wypływa pod znacznem ciśnieniem, jest przeważnie równomiernie zabarwiony na czerwono, nie krzepnie, po odwirowaniu jest żółty lub żółtawy, co jest pewnym objawem albo wylewów krwawych, czy to w procesach pierwotnych, czy też jako zakończenie procesów oponowych, lub też sprawy nowotworowej i tylko przy żółtaczce spotyka się podobne zabarwienie płynu (Widal, Sicard, Ravaut). Ilość białka zwiększa się, globuliny słabo zwiększone. Mikroskopowo: c. czerwone i białe, jednak ilość c. białych jest większa i nie odpowiada normie we krwi, przynajmniej na 3—4 dzień (prz. II. III), gdyż następuje resorbcja c. czerwonych. Odczyny koloidalne słabo wyrażone, odczyn Wassermanna — ujemny. We krwi pleocytoza (przyp. Mc Ivera). Ilość cukru we krwi nieco zwiększona. W moczu często duża ilość białka 2—30 *pro mille*, które szybko znika (Hess) jednakże nie wszyscy autorzy stwierdzają to, gdyż w przypadku Usawy białka nie było, mimo iż mocz był badany w I-ej dobie.

Przypadki własne: I. Urzędnik pocztowy N. lat 37 po dłuższej usilnej pracy, która trwała po kilkanaście godz. (do 18) w ciągu kilku tyg., nagle utracił przytomność i został przywieziony do szpitala Cz. K. dn. 13. VI. 1929 r. Chory niespokojny, nieprzytomny, naczynia spojówek silnie nastrzykane, sztywność karku wybitna, objaw Kerniga wybitny, źrenice słabo reagują, temp. 37,2°. Nakłucie lędźwiowe 15. VI.: płyn jednostajnie krwawy, po odwirowaniu żółty, wypływał pod znacznem ciśnieniem, wydobyto 50,0 cm³ płynu, białka 0,66 *pro mille*. Nonne Appelt dodatni. Pandy dodatni, ilość ciałek białych 450 w 1 mm³, obraz rozmazu: leukocyty 80%, jednojądrzaste 20%, drobnoustrojów nie znaleziono i nie wyhodowano, odcz. Wassermanna — ujemny.

Po nakłuciu chory poczuł się lepiej, przytomność wróciła. Chory wypisał się ze szpitala, udając się do innego szpitala. Po 5 mies. chory ten zgłosił się do mnie powtórnie celem zbadania

krwi na odczyn Wassermanna; wówczas okulista (Dr. K e r s z m a n) stwierdził widzenie połowicze (*hemianopsia homonyma*). Odczyn Wassermanna był — ujemny.

P r z y p a d e k II. Urzędnik banku O., lat 28, pracował po 15—18 godzin w ciągu kilku tygodni. Nagle dnia 3. VIII. 1929 r. podczas pracy uczuł zawroty i ból głowy i zaczął widzieć „jak przez mgłę", zaś po lewej stronie czaszki uczuł jakby przelewanie się płynu. Przerwał pracę i udał się do domu sam (blisko): po ułożeniu się do łóżka ból głowy znacznie się zwiększył, chory chwilami tracił przytomność. Przy badaniu sztywność karku wybitna (chory nie mógł wykonać najmniejszego ruchu głową nawet na bok), objaw Kerniga wyraźny. Nakłucie lędźwiowe wykonane dnia 6. VIII. dało płyn jednostajnie krwawy, który wypływał pod znacznem ciśnieniem. Płyn, po odwirowaniu, jasnożółty, białka 0,66 *pro mille*, odczyn Pandy dodatni, Nonne-Appelt dodatni, c. białych 530 w 1 mm^3, c. czerwonych 80.000 w 1 mm^3, obraz rozmazu: leukocyty wielojądrzaste 88%, jednojądrzaste 12%, drobnoustrojów nie znaleziono i nie wyhodowano. Po wypuszczeniu 40,0 cm^3 płynu chory poczuł się znacznie lepiej, bóle głowy i sztywność karku prawie ustąpiły, tak iż chory uważał się za zdrowego, tylko osłabionego.

Nakłucie z dnia 17. VIII. i badanie płynu wykonane przez Dr. K r a n c a w Warszawie wykazało: barwa płynu blado-żółta, białka 0,75 *pro mille*, odczyn Nonne Appelta wyraźnie dodatni, c. białych 17 w 1 mm^3, niedużo, przeważnie niewyługowanych krwinek (1—4 krwinki w II—X polach widzenia), limfocytów 75%, leukocytów 25%. Chory czuł się już potem dobrze, jednak zatracił poczucie odległości, były zmiany pisma i nie mógł czytać, gdyż litery „skakały". Po 1½ miesiącu chory trzykrotnie miewał zaburzenia wzrokowe, które polegały na tem, iż nie mógł w ciągu 10—15 min. odczytać wyrazów na szyldach, gdyż szyldy „skakały przed oczami", jak również nie rozpoznawał wówczas osób. Od półtora roku chory czuje się zupełnie dobrze i nawet nie miewa ataków migreny, na którą cierpiał poprzednio.

P r z y p a d e k III.: robotnik J., lat 22, dnia 5. VI 1930 r. stał przez dłuższy czas na słońcu, poczem udał się do domu i po kilku godzinach upadł i stracił przytomność. Po ułożeniu chorego do łóżka, przytomność wróciła, lecz skarżył się na silne bóle głowy. Na trzeci dzień przewieziony do szpitala z objawami silnych bólów głowy, drgawki prawej połowy twarzy, język obłożony, temp. 37,1°, tętno 48, cokolwiek niemiarowe, źrenice oddziaływują na światło, spojówki silnie nastrzykane, sztywność karku wybitna, objaw Kerniga wyraźny, odruchy nieco wzmożone.

Nakłucie lędźwiowe wykonane dnia 8. VI. 1930 r. dało płyn jednostajnie krwawy, po odwirowaniu lekko żółty, wypływał pod znacznem ciśnieniem, białka 0,33 *pro mille*. Odczyn Pandy dodatni, odczyn Nonne-Appelta dodatni, ilość ciałek czerwonych 24000 w 1 mm^3, ilość c. białych 69 w 1 mm^3, obraz rozmazu: leukocytów 84%, jednojądrzastych 16%. Po nakłuciu chory poczuł się lepiej.

Nakłucie dnia 10. VI. 1930 r. dało płyn jednostajnie krwawy, po odwirowaniu lekko żółty, białka 0,2 *pro mille*, odczyn Pandy ujemny, odczyn Nonne-Appelta słabo dodatni, c. białych 105 w 1 mm^3, c. czerwonych 9900 w 1 mm^3, obraz rozmazu: leukocytów 72%, jednojądrzastych 28%. Po nakłuciu chory czuł się nieco lepiej; bóle głowy znacznie mniejsze, sztywność karku mniejsza, ob. Kerniga niewyraźny.

Nakłucie dnia 17. VI.: płyn bezbarwny, przejrzysty, białka 0,2 *pro mille*, odczyn Nonne-Appelta ujemny, c. b. 6 w 1 mm^3, c. czerwonych 5 w 1 mm^3, cytologicznie — limfocyty.

Nakłucie dnia 27. VI.: płyn bezbarwny, c. b. 3 w 1 mm^3, c. czerwonych niema. Odczyn Wassermanna z płynu z dnia 8. VI. był dodatni (++), zaś z dnia 17. VI. był ujemny. Odczyn Wassermanna z I płynu mógł być ++ wskutek większej ilości komórek w płynie (Blumberg). W każdym razie z anamnezy żadnych podejrzeń na kiłę nie było.

P r z y p a d e k IV.: rolnik T., lat 33, zachorował nagle dnia 23. VIII. po spędzeniu całego dnia w Białymstoku (dzień był upalny), gdzie załatwiał różne sprawy w urzędach. Po powrocie do domu utracił na chwilę przytomność, a następnie poczuł b. silne bóle głowy. Przewieziony do szpitala dnia 26. VIII. z objawami sztywności karku, obj. Kerniga, utrata częściowa pamięci (nie mógł przypomnieć, co załatwił w Białymstoku) zaburzenia sensoryczne, konfabulacja.

Nakłucie wykonane dnia 27. VIII.: płyn lekko żółtawy, białka 0,33 *pro mille*, c. b. 30 w 1 mm^3, c. czerwonych 60 w 1 mm^3; cytologicznie: limfocytów 77%, wielojądrzastych 23%, odcz. Wassermanna z płynu ujemny. Chory wypisał się ze szpitala dnia 8. IX. jako wyleczony, lecz pamięć całkowicie nie wróciła i w dalszym ciągu, choć w mniejszym stopniu istniała konfabulacja.

Wszystkie te 4 przypadki są przypadkami wylewów krwawych podpajęczynówkowych, należą one do lżejszych i dadzą się umieścić w 2 grupach podziału Symonda, który dzieli krwawienia na 4 grupy:

I gr. nagłe wielkie wylewy krwawe, z silnemi bólami głowy, utratą przytomności, *sopor* i śmierć po upływie kilku godz.

II gr. początkowe wylewy nagłe, z groźnemi objawami, lecz ograniczone, z początkowemi silnemi bólami głowy, wymioty, objawy oponowe; wyzdrowienie lub następny nawrót i śmierć.

III gr. małe wylewy, bóle głowy, utrata przytomności, sztywność karku, przejście do psychoz z zejściem śmiertelnem lub wyzdrowienie.

IV gr. (hipotetyczna) powolne wylewy, stopniowe bóle głowy.

W myśl tego podziału nasze 3 przypadki należy zaliczyć do grupy II, które nie dały nawrotu, zaś przypadek IV należy zaliczyć do grupy 3-ej, gdyż dał niektóre objawy zespołu Korsakowa, a powtóre że krwawienie, które najwidoczniej było śródczaszkowem, dało na 4-ty dzień małe zmiany w płynie. Biorąc pod uwagę umiejscowienie krwawień, które mogą być śródczaszkowe i rdzeniowe (H e s s, przyp. U s a w y), nasze 2 wypadki należą do śródczaszkowych, o czem świadczą objawy wtórne, a przyp. II i III były prawdopodobnie krwawieniami śródczaszkowemi, gdyż dały pewne objawy mózgowe, jak drgawki, zaburzenia wzrokowe.

Etjologja samoistnych wylewów krwawych jest ciemna i przyczyny, być może, są różne. Między przyczynami dużą rolę odgrywa migrena.

Z 4 przytoczonych przypadków II-gi chory cierpiał na migrenę. Oprócz migreny odgrywa tu rolę astma, ch. Basedowa. Poza tem autorzy przypuszczają konstytucjonalną niewydolność układu naczyniowo-ruchowego i G o l d f l a m mówi o angjoneurotycznych krwawieniach.

P a r e s i u s sądzi, iż pod wpływem systemu nerwowego dochodzi do dużych zmian w naczyniach: zastoju, kurczu i krwawienia *per diapedesin*. M a r b u r g sprowadza krwawienia te do właściwości „cienkości naczyń, która może być wrodzona i może być nabyta po przebytych chorobach zakaźnych; w tych warunkach pod wpływem przepracowania, słońca i t. d. dochodzi do krwawienia". U s a w a sądzi że tam gdzie brak przyczyny, należy przypuszczać zaburzenia w unerwieniu naczyń i w każdym wypadku konstytucjonalną słabość naczyń.

Anatomja pat.: wylewy krwawe są umiejscowione przeważnie blisko podstawy. Jest to niejako *punctum minoris resistentiae*. Tam też na stole sekcyjnym naczynia są najwięcej nacieczone i naczynia te są wątłe (U s a w a). Na stole sekcyjnym spotyka się skrzep, a częściowo krew nieskrzepłą. Źródło krwawienia nie jest ustalone (U s a w a). C u b i t znalazł na sekcji 2 tętniaki, z których w jednym był skrzep, jednak na podstawie zmian w naczyniach mózgowych nie wyklucza syfilisu, pomimo że odczyn Wassermanna był ujemny. Na podstawie przypadków, U s a w a za M e y l o n e m sądzi, iż krwawienie przy samoistnych wylewach krwawych odbywa się prawie zawsze *per diapedesin*, i sądząc z przypadków moich, krwawienie to nie kończy się odrazu, lecz po pierwszym dużym wylewie, pewna część krwinek przechodzi do płynu m.-rdzeniowego przez czas dłuższy, o czem świadczą krwinki niewyługowane, które spotyka się w płynie po nakłuciach powtórnych nawet po tygodniu (przyp. II i III), czego zwykle nie widzi się po nakłuciach powtórnych, gdy wykonywa się następne nakłucie na 2—3 dzień po pierwszem, w wypadku przypadkowego zranienia naczynia, gdzie wówczas albo wcale niema krwinek, lub są w niewielkiej ilości wyługowane.

Klinicznie odróżnić krwawienie podoponowe od podpajęczynówkowego, jeżeli ono nie jest wywołane urazem op. twardej, jest bardzo trudno; jedynie nakłucie lędźwiowe, obecność krwinek w płynie i *xantochromia* rozstrzyga o miejscu krwawienia, gdyż przy krwawieniach o. twardej płyn m.-rdzeniowy będzie czysty, (chyba że krwiak przerwie się do przestrzeni podpajęczynówkowej). Nakłucie również rozstrzyga o tem, czy mamy do czynienia z *apopoplexia cerebri*, gdzie płyn jest również czysty. Rokowanie u ludzi młodych jest dobre i według H e s s a mamy 64% wyzdrowień. W naszych przypadkach wszystkie 4 przypadki skończyły się *quoad vitam* pomyślnie.

L e c z e n i e: H e s s radzi nakłucie lędźwiowe co 2—3 dni i rzeczywiście w większości wypadków, przytoczonych w piśmiennictwie, przyniosło ono ogromną ulgę. W moich 3 przypadkach nakłucie dało szybki i wybitny efekt, w 1 przypadku (III) poprawa występowała powoli i stopniowo po każdym zabiegu. Natomiast Mc. I v e r i G. W i l s o n mieli w 2 przypadkach pogorszenie, choć w całym szeregu przypadków i u nich nastąpiła poprawa.

Wobec powyższego, w krwawieniach podpajęczynówkowych należy robić nakłucie lędźwiowe, lecz z pewną ostrożnością.

Uważam za swój miły obowiązek podziękować p. Kolegom: Dr. Rotbergowi, Dr. Zymanowi, Dr. Kracowskiemu, Dr. Sołłohubowi, Dr. Mincowi i Dr. Kerszmanowi za pozwolenie obserwowania tych przypadków i udzielenie mi swoich spostrzeżeń.

Piśmiennictwo.

Rauber-Kopsch: Lehrb. d. Anatomie V. abt. 1920. — H. K. Corning: Lehrb. d. Top. Anat. 1922. — V. Kafka: Die Zerebrospinalflüsigkeit 1930. — T. Usawa: Frankfur. Z. f. Patol. 37. 1929. — O. Hess: Klin. Wochsch. 36 ,1929. — A. J. Hall: Britisch M. J. 1929, 1025. — Mc. Iver Josef a. Wilson: J. A. M. A. 1929, 93-899. — A. W. Cubitt: Britisch M. J. 9 aug. 1390. — W. J. Adie: The Lancet 1930, N. V. — 237. — Henschen: Schw. M. Wochenschr. 1390.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Inż. Władysław Karaffa-Korbutt, profesor Uniwersytetu Wileńskiego. *Chemja farmaceutyczna*, Kurs Uniwersytecki. Lwów, 1929. Państwowe Wydawnictwo Książek szkolnych Kuratorjum Okr. Szk. Lwowskiego.

Podręczniki chemji farmaceutycznej, wydane w językach obcych, (Schmidt, Thoms i inne) są cenione nietylko przez farmaceutów dlatego, że zawierają bardzo wiele danych szczegółowych, nietylko ważnych teoretycznie, ale szczególnie ważnych ze względów praktycznych. Wobec wspaniałego rozwoju chemji fizycznej i teoryi chemicznych zarówno krótsze jak obszerniejsze podręczniki chemji, przeznaczone dla chemików, muszą w coraz to wyższym stopniu uwzględniać tę stronę, właściwie naukową, kosztem skracania szczegółowego opisu ciał, ich własności, sporządzania, pochodzenia: dlatego wypada nam często szukać tych szczegółowych opisów w podręcznikach chemji farmaceutycznej, jeżeli nie chcemy sięgnąć do dzieł najobszerniejszych.

Nowy podręcznik prof. Karaffy-Korbutta, przeznaczony dla studentów farmacji i dla farmaceutów, przedstawia podobne walory, jak dobre podręczniki obce o podobnym rozmiarze. W zwięzłym wykładzie (około 450 stron) obejmuje całość chemji mineralnej i organicznej, z szczególnem uwzględnieniem tego, co odnosi się do ciał stosowanych w farmacji. Autor objął jednak także nieco teorji chemicznej, wyłożonej bardzo krótko, a także i wiele ciał, które zupełnie nie mają zastosowania farmaceutycznego, bezpośredniego, ani pośredniego; zamierza przez to uczynić książkę użyteczną także „dla farmaceuty lub lekarza, który zechce z jej pomocą odświeżyć w pamięci wiadomości chemiczne". Dlatego nie należy żałować, że książka obejmuje wiele takich rzeczy, które z większą korzyścią można przeczytać w elementarnych podręcznikach chemji.

Referent widziałby jednak chętnie, gdyby właśnie w podręczniku chemji farmaceutycznej były, choćby dla najważniejszych leków, podane nieco obszerniej metody sprawdzania i badania czystości, według farmakopei: a to możnaby wprowadzić kosztem wyłączenia opisów ciał zupełnie bez znaczenia dla farmacji (np. gazów szlachetnych) albo takich, których opisy zbyt krótkie nie dają czytelnikowi prawie nic (np. witaminy). W wielu punktach możnaby, zdaniem referenta, przesunąć wymiary na rzecz ciał ważnych właśnie ze względu na chemję farmaceutyczną. Preparaty organoterapeutyczne są potraktowane na jednej stronicy, np. insulina w ledwie trzech wierszach, podczas gdy enzymy utleniające i redukujące, które w tym podręczniku możnaby niewątpliwie pominąć, zajmują więcej miejsca!

Wykład jest niezwykle jasny i zwięzły: trudno podać więcej materjału w tak krótkiej książce. Gdzieniegdzie może należałoby dodać kilka słów, ponieważ wykład zbyt krótki staje się niezrozumiałym: tak np. na stronie 298, niezaznajomiony dokładnie z chemją organiczną nie zrozumie, jakim sposobem z dwufenilopiperazyny otrzymuje się piperazynę, a dodanie po słowie „piperazynę" słów „oraz nitrosobenzol" (wiersz 10 od góry) wyjaśniłoby sprawę zupełnie!

Pomimo tych drobnych niedociągnięć — autor we wstępie w szczerych słowach zaprasza do wskazywania ich — uważam książkę prof. Karaffy-Korbutta za najlepszą z książek w języku polskim, z której student medycyny lub farmacji może nauczyć się chemji w tym zakresie, w którym zawód lekarski lub farmaceutyczny znajomości chemji wymaga.

Książka jest wydana bardzo starannie. Czy niektórych rycin (np. związków nitrofenolowych z alkaloidami, oraz obrazków przedstawiających działanie alkaloidów na zwierzęta) nie możnaby bez uszczerbku pominąć, to poddałbym pod rozważenie autora. Korekta rzeczowa bardzo staranna, językowa powinnaby usunąć jeszcze niektóre rusycyzmy.

J. K. Parnas (Lwów).

Maurice Letulle: *Anatomie Pathologique*. Masson. Paris.

Dzieło trzytomowe zawiera wykład anatomji patologicznej ogólnej i szczegółowej, zostało wydane po śmierci autora przez jego współpracowników i syna. Rozdział o układzie nerwowym jest też niezupełny, a z narządów zmysłowych omówione jest tylko oko. Wśród tekstu znajduje się duża ilość, bo przeszło 840 rycin przedstawiających głównie obrazy drobnowidowe omawianych zmian patologicznych; pochodzą one wszystkie z własnych zbiorów autora i stanowią doskonałe uzupełnienie wykładu. Opisowi drobnowidowych zmian poświęcono też najwięcej miejsca, choć zawsze znajdujemy i charakterystykę makroskopową i nawiązanie do kliniki danej zmiany anatomicznej. Całość stanowi wykład systematyczny, bardzo jasny i ogromnie spokojny. Jest to *credo* autora, jako wynik pracy całego jego życia. Nie uwzględnia od obcych teoryj stąd też brak jakiejkolwiek dyskusji i cytat z piśmiennictwa; wszystko to zapewnia dziełu tem większą zwięzłość i jednolitość budowy.

Czyżewski (Lwów).

M. Chiray et F. Thiebaut: *Les fonctions hepato-biliaires*. (Masson et Cie. Paris 1930. 164 str. Cena: 24 fr. fr.).

Rozpoznawanie schorzeń wątroby w okresach początkowych, gdy objawy kliniczne są jeszcze słabo zaznaczone, musi się opierać na dokładnem zbadaniu stanu czynnościowego tego narządu. Autorowie zestawiają w swojej książce metody biochemiczne i funkcjonalne, prowadzące do tego celu. Opis metod poprzedzony jest zawsze krótkim wstępem o fizjologji danej czynności wątroby.

Kolejno omawiana jest metodyka badania żółci i jej składników *(foie biliaire)*, następnie badanie sprawności wątroby w procesach pośredniej przemiany materji białek, węglowodanów, tłuszczów, ciał tłuszczowatych i wody *(foie sanguin)*, wreszcie czynność odtruwająca i rola wątroby w utrzymywaniu ciepłoty ciała. Jakkolwiek razi czasem w książce zbytnia drobiazgowość w opisie podanych metod chemicznych i co do niektórych z nich — polecanych przez autorów — można mieć pewne zastrzeżenia, trzeba przyznać autorom, że dali dobry przegląd prawie wszystkich stosowanych obecnie po klinikach metod czynnościowego badania wątroby.

Dr. Paweł Ostern, (Lwów).

Marcel Brulé: *Pathologie du foie et du pancreas*. (Masson et Cie. Paris 1931. 140 str. Cena 20 fr. fr.).

Doskonała książeczka z serji wydawnictwa *„Collection des initiations medicales"* przeznaczonego dla lekarzy praktyków, zajmuje się symptomatologją i diagnostyką schorzeń wątroby i trzustki. Po omówieniu metod fizykalnego i funkcjonalnego badania tych narządów (z ostatnich wymienia autor te tylko, które dają się zrealizować przy łóżku chorego), podaje autor diagnostykę poszczególnych schorzeń wątroby i trzustki w sposób zwięzły, a przytem zupełnie wyczerpujący. Opierając ją głównie na wynikach anamnezy i badania fizykalnego osiąga autor znakomicie cel zakreślony przez wydawnictwo.

Dr. Paweł Ostern, (Lwów).

L. Justin-Besançon: *Les fonctions internes du rein*. (Masson et Cie. Paris 1930. 372 str. z 45 fig. poza tekstem. Cena 50 fr. fr.).

Wszystkie czynności nerki, które nie służą bezpośrednio procesowi wydalania produktów przemiany materji, określa autor jako czynności wewnętrzne. Odróżnia ich zasadniczo pięć, a mianowicie: czynność amonjakotwórczą, syntetyczną, oksydoredukcyjną, hydrolityczną, wreszcie zdolność rozkładu ciał ketonowych. Pierwsza bardzo obszerna część książki poświęcona jest metodyce badań doświadczalnych zarówno fizjologicznej, jako też histologicznej.

Dokładna znajomość tematu, nad którym autor sam bardzo wiele eksperymentalnie pracował, pozwala mu na bardzo krytyczną i objektywną ocenę poszczególnych metod, z których niektóre sam wypracował (technika perfuzyjna nerek). Bardzo ciekawe i piękne są w tej części książki zdjęcia histologiczne nerek, wykonane nową techniką światła pozaczerwonego.

Druga część książki poświęcona jest wynikom badań nad funkcjami wewnętrznemi nerek, które w ostatniem dziesięcioleciu posunęły się znacznie naprzód. Najnowsze zdobycze naukowe w tej dziedzinie są uwzględnione i krytycznie zebrane.

W ostatniej części książki dyskutuje autor wpływ wewnętrznej czynności nerek na równowagę kwasowo-zasadową organizmu i rozpatruje zaburzenia patologiczne, pozostające w związku z niedomogą wewnętrznej funkcji nerek. Piśmiennictwo bardzo obszerne, obejmujące 35 str. druku, zebrane jest odpowiednio do rozdziałów książki. Nie trzeba dodawać, jak wielką zaletę stanowi to dla każdego, kto jedną z tych dziedzin chce się eksperymentalnie zająć. Zarówno fizjologowi, jako też klinicyście doskonała ta książka może oddać ogromne usługi.

Również zewnętrznie przedstawia się książka bardzo korzystnie: wydana jest na dobrym papierze, zawiera liczne ryciny i tablice, z których zwłaszcza histologiczne obrazy nerek są wyjątkowo piękne.

Dr. Paweł Ostern, (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna, nr. 18, z 21 września 1931: K. Rożkowski: Nowe prądy i hasła w lecznictwie. — J. W. Grott: Rozpoznawanie cukrzycy w praktyce. — Z. Stankiewicz i Wł. Kosiński: Przypadek wrodzonego zwiotczenia lewej połowy przepony. — St. Sterling-Okuniewski i E. Grodzieński: Pierwotne nowotwory złośliwe płuc i opłucnej.

Polski Przegląd Chirurgiczny, tom X, Zeszyt 4, z roku 1931: F. Skubiszewski: Zwoje nerwowe trzustki psa i zmiany w nich w ostrej martwicy trzustki. — J. Krotoski: Badanie przemiany węglowodanowej i jego znaczenie w schorzeniach chirurgicznych trzustki. — Z. Radliński: W sprawie postępowania operacyjnego w ostrej zgorzeli trzustki. — H. Hilarowicz: Nowa metoda całkowitego wycięcia żołądka. — F. Skubiszewski: Neurinoma ventriculi. — K. Kaczyński i St. Makowski: Spostrzeżenia II Kliniki Chirurgicznej Uniw. W. dotyczące operacyjnego postępowania w przedziurawieniu wrzodu żołądka i dwunastnicy. — St. Kaliniewicz: Doszczętne zabiegi w krwawiącym wrzodzie żołądka po uprzedniem przetoczeniu krwi. — J. Mossakowski i A. Jokiel: O zachowaniu się cukru we krwi w zależności od zabiegu operacyjnego. — St. Winter: Odległe wyniki operowania przepuklin pachwinowych. — St. Laskownicki: 5 przypadków wszczepienia moczowodów do kiszki grubej. — St. Laskownicki: Wskazania i leczenie operacyjne kamicy nerkowej. — Lindenfeld: Pyelografja dożylna. — A. Jurasz: Pokaz pyelogramów przy użyciu uroselektanu. — A. Fryszman: O wartości klinicznej pyelografji dożylnej na podstawie 130 przypadków wraz z pokazami. — E. Elektorowicz i J. Mossakowski: Pyelografja dożylna. — A. Lachmund: Leczenie torbielowo-włóknistego schorzenia kości (choroba Recklinghausena). — J. Walc: Przypadek włóknistego schorzenia kości biodrowej. — H. Levitoux: W sprawie szwu kostnego struną. — J. Szper: Przypadek nadwichnięcia urazowego stawu biodrowego u dorosłego. — A. Gruca: W sprawie leczenia gruźlicy stawu łokciowego u dorosłych (resekcja z równoczesną artroplastyką). — Ł. Piórek: Odbytnicze uśpienie awertyną jako uśpienie podstawowe. — H. Hilarowicz i Z. Bieliński: Z badań doświadczalnych nad wartością perkainy jako środka znieczulającego.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 39, z 24 września 1931: N. Zandowa: Znaczenie lecznicze nakłuć przestrzeni podpajęczynówkowej. — J. Eisenfarb: Znaczenie czynnika rasowego w powstawaniu nadciśnienia tętniczego. — A. Rytel: Współczesny stan poglądów na etjologję i patogenezę cierpień stawowych. — M. Kacprzak: W sprawie ośrodków zdrowia.

Lekarz wojskowy, tom 18, nr. 3/4, za sierpień 1931: L. Krzewiński: Toksykologia tlenku węgla. — W. Lindeman: Krzywa oddechowa. — Z. Markuze: Badania nad wartością odżywczą bułek pszennych. — K. Mikulski: Odczyn Vernes'a w chorobach psychicznych. — S. Mossor: Przypadek torbieli skórzastej wychodzącej z łechtaczki.

Zdrowie, rok XLVI, nr. 15—16, z 1 września 1931: A. Ettinger: Czego wymagamy od utworów propagandowych w zakresie zwalczania chorób wenerycznych. — O. Anzelm: O propagandzie higjeny. — Feilchenfeldowa: Kilka uwag o propagandzie higjeny w żydowskiej dzielnicy. — Wł. Frankowski: Zagadnienie regulacji urodzin. — O. Anzelm: O przewożeniu zakaźnie chorych. — St. Matusiak: W sprawie udziału niektórych instytucyj w akcji zapobiegawczej Ośrodków zdrowia w m. stoł. w Warszawie. — H. Sparrow: Sprawozdanie Komitetu szczepień przeciwbłoniczych w Warszawie za czas od 15. I. 1930 do 1. V. 1931 r. — Z. Rudolf: Międzynarodowy Zjazd mieszkaniowy i planowania miast w Berlinie. — B. Salak: W sprawie naszych zdrojowisk i uzdrowisk. — Z. Rudolf: Ś. p. Władysław Dobrzyński.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XX, nr. 10, z 15 września 1931: A. Kaczyński: Termy budapeszteńskie. — Sprawozdanie z Walnego zebrania Polskiego Towarzystwa balneologicznego w r. 1931. — J. Monis: Znaczenie wody ze zdroju Nafta w Truskawcu dla leczenia schorzeń dróg moczowych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 39, z 27 września 1931: J. Muszyński: IV Międzynarodowy Kongres roślin leczniczych i wonnych. — Sprawa stabilizacji leków roślinnych. — Sprawy zawodowe.

Droga do zdrowia, rok I, nr. 6, z września 1931: Zeszyt poświęcony sprawie zwalczania alkoholizmu.

Przegląd weterynaryjny, rok XLIV, nr. 9, z września 1931: W. Herman: Hodowla zwierząt futerkowych (część II). — J. Zenkner: Znaczenie ubytków błony śluzowej prostnicy. — J. Maternowska: Przypadek skostnienia ściany jamy brzusznej u świni. — F. Fried: Badanie mięsa sprowadzonego z innej miejscowości.

Dziecko i matka, rok VI, nr. 18, z r. 1931: M. Benisławska: Nie straszyć dziecka. — M. Morzkowska: Stołeczek niemowląt a strawność pokarmów. — H. Niemczycka: Dziecko śpi. — A. Klęsk: Zniekształcenie kości u dzieci i ich leczenie. — M. Kłosińska: Choroby dróg oddechowych.

Wiadomości weterynaryjne, rok XIII, tom X, z września 1931: W. Walkiewicz: Produkcja bekonu.

Młoda matka, nr. 19, z r. 1931: P. Baumryter: Jesienne choroby wieku dziecięcego. — Ś. Średnicki: O utrzymaniu dobrej postawy u dziecka. — J. Wiszniewski: O niemowlętach, które łykają powietrze. — J. Sulkes: Kilka słów o ilości dań w obiedzie dziecka.

Wiadomości lekarskie, rok IV, nr. 9—9 za sierpień-wrzesień 1931: K. Walker: Przyczynek do patogenezy niedokrwistości złośliwej. — Z. Oszast: O leczeniu diatermją. — H. Mierzecki: Międzynarodowy zjazd lekarzy i wystawa chorób zawodowych i wypadków przy pracy w Genewie. — M. Starer: Spostrzeżenia na temat instrukcji dla tymczasowej Komisji rozjemczej Kas chorych.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Paris Chirurgical.

Nr. 1—4. — 1931.

Dupuy de Frenelle: *Szew trzonu kości ramieniowej.* Autor wykonał go u 11-letniego chłopaka w kilka dni po złamaniu. Duży opatrunek gipsowy początkowy dokuczał choremu, a po rozcięciu tegoż odłamki ustawiły się źle. A. złożył odłamki przy pomocy płytki metalowej przyśrubowanej 4 śrubami bez odsuwania okostnej. Górne śruby nie trzymały dobrze i płytka nie przylegała ściśle, mimo to kość zrosła się doskonale, a kostnina nie jest zbyt obfita. Czynność bez zarzutu.

H. Judet: *Kilka uwag technicznych o wycięciu kolana.* Cięcie w kształcie litery U, którego ramiona podłużne leżą bardzo nisko, nieco powyżej granicy powierzchni tylnej i bocznych kolana. Powierzchnie kości ścina prostopadle do osi długiej i równolegle do siebie. Dla ułatwienia używa metalowych kątówek w dwu rodzajach: jedną w kształcie ‾| kładzie poziomo na kości i piłuje wzdłuż jej ramienia pionowego; drugą w kształcie |‾| wkłada dolnem ramieniem pionowem do wykonanego przepiłowania i piłuje drugą kość wzdłuż drugiego ramienia pionowego górnego; tych kątówek trzeba kilka (4) o różnej długości ramienia poziomego. Goleń z kością udową zszywa jednym szwem z grubego katgutu powoli się resorbującego.

Dupuy de Frenelle: *Szew w złamaniach idących przez wzgórki kości ramieniowej.* Radzi zawsze wykonać w wypadkach, gdy odłamek górny jest odwiedziony i skręcony na zewnątrz. Stan ten wynika z działania na odłamek górny mięśni skręcających ramię na zewnątrz, a na odłamek dolny mięśni skręcających do wewnątrz. Cięcie podłużne przednie między m. naramiennym a piersiowym wielkim, albo poprzeczne poniżej połączenia oboj-

czyka z wyrostkiem szczytowym przez przednią część m. naramiennego. Przez odłamek górny przeprowadza silną grubą igłę, poczem przeciąga drut, skręca go w ósemkę i przeprowadza przez nawiercone w trzonie kości ramieniowej otwory. Wczesne ruchy.

Victor Panchet: *Czy drenować po wycięciu żołądka?* Odpowiada: tak, w przypadkach następujących (około 20%): 1) wrzody drążące do trzustki, wątroby, ściany brzucha, gdzie po wycięciu żołądka, pozostało ich dno; 2) bardzo rozległe wrzody (ponad 5 cm); 3) wrzody wysoko położone — w obu wypadkach ze względu na trudności operacyjne i łatwość zakażenia pola; 4) wrzody trawienne jelita czczego drążące do poprzecznicy; 5) ostre przebicia wrzodu. Używa tylko sączków gumowych miękkich i zakłada je pod wątrobę na 1—2 dni, nigdy w okolicy kikuta dwunastnicy. Po ostrem przebiciu wrzodu drenuje ponadto zagłębienie Douglasa z osobnego cięcia.

Victor Panchet: *Wrzód trawienny jelita czczego poopera-cyjny.* A. operował 79 przypadków. Wrzody trawienne powstają wyjątkowo po wycięciu żołądka, zazwyczaj po zespoleniu żołądkowo-jelitowem w czasie od kilku dni do kilku lat. Najgroźniejsze powikłanie stanowi przebicie do okrężnicy. Radzi operować możliwie wcześnie i to przez wycięcie zespolenia, starego wrzodu i $^3/_4$ do $^4/_5$ żołądka. Miał przypadki kilkakrotnie operowane z nawrotami, które przecież się zagoiły po bardzo rozległem wycięciu żołądka. W razie przetoki do okrężnicy (50% śmiertelności) radzi ją wyciąć i zaszyć, jednak dla bezpieczeństwa wszyć w powłoki.

R. de Butler d'Ormond: *Wskazania do wycięcia żołądka przy wrzodzie żołądka.* Zespolenie żołądkowo-jelitowe przy wrzodzie żołądka nie rokuje nadziei na wygojenie. Usprawiedliwia ten zabieg tylko wyjątkowo i to przy starym nieczynnym wrzodzie tuż przy odźwierniku ze zwężeniem tegoż: u ludzi otyłych i u osobników z nadmiarem azotu pozabiałkowego, jednak nie przy wrzodach wysoko położonych, gdzie bezwarunkowo zespolenie nie da wyniku. Zespolenie może być ponadto dopuszczalne po ostrem przebiciu wrzodu, gdy obszycie go spowoduje zwężenie i po ostrem krwawieniu, którego nie można zatrzymać, a chirurg musi operować nie czując się na siłach do wykonania wycięcia żołądka. (Po zabiegach z powodu wrzodu krwawiącego radzi zasadniczo założenie przetoki na kiszce ślepej i przepłukiwanie okrężnicy 1% siarczanem sodu w ilości do 100 l na dobę).

Jedynie pewnem leczeniem wrzodu żołądka jest rozległe jego wycięcie na przestrzeni $^3/_4$ do $^4/_5$. Na podstawie badań mikroskopowych wyciętych żołądków z klinicznie stwierdzonemi wrzodami, przyjmuje zwyrodnienie rakowe w 1 : 10 przypadków wrzodu klinicznego.

Czyżewski (Lwów).

La Presse Médicale.

Nr. 51.

R. Leriche: *Zmniejszone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego przy urazach czaszki.* Przy urazach czaszki występują często objawy, wywołane przez zmniejszone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, ponieważ przez zastosowanie środków podnoszących ciśnienie można usunąć te ciężkie objawy. Autor podaje kilka przypadków pierwotnego lub wtórnego spadku ciśnienia z objawami osłupienia, bólów głowy, śpiączki i t. p., które ustąpiły po zastosowaniu odpowiednich środków, następnie omawia symptomatologję i mechanizm powstawania tych objawów. Leczenie takiego niedociśnienia polega na wprowadzeniu dożylnem 30—40 cm³ wody destylowanej, czasem oprócz tego należy wprowadzić podskórnie płyn fizjologiczny ($^1/_2$—1 l.).

C. Levaditi i P. Lépine: *Czy bizmut i arsen są w stanie definitywnie wyleczyć kiłę?* Autorowie przekonali się, że gruczoły limfatyczne królików, zakażonych kiłą, są stale zjadliwe nawet jeśli nie można wykryć krętka bladego i prawdopodobnie zawierają niewidzialny czynnik zakaźny. Bizmut rozpuszczalny w lipoidach lub arsenobenzole usuwają nietylko widoczne zmiany kiłowe, ale także i zjadliwość gruczołów limfatycznych (wirus niewidzialny), co autorowie stwierdzili przez przeszczepianie gruczołów na zdrowe zwierzęta. Jeśli niezjadliwość gruczołów limfatycznych będzie uważana za sprawdzian sterylizacji całego organizmu, to można przypuszczać, że tak bizmut jakoteż arsenobenzole są w stanie definitywnie wyleczyć kiłę doświadczalną.

J. Murard: *Postępowanie przy pęknięciu macicy.* Autor omawia różne zabiegi operacyjne i wskazania do nich oraz podaje kilka własnych przypadków.

Laruelle i Heernu: *Hiperpnoe jako środek rozpoznawczy do określenia lokalizacji zaburzeń układu nerwowego.* Autorowie zwracają uwagę na wartość rozpoznawczą sztucznego przewentylowania. Objawy patologiczne zwykle występują w czasie takiego przyśpieszonego oddechania, albo też w ciągu 15 minut. Autorowie podają wiele schorzeń (nietylko na tle padaczki), które udało się zlokalizować przy pomocy tej metody.

Nr. 52.

M. Loeper, P. Soulié i J. Tonnet: *Pochodzenie kwasu szczawiowego we krwi.* Autorowie przypuszczają, że kwas szczawiowy powstaje z cukrów, inne źródła egzogenne i endogenne (pokarm. fermentacja w przewodzie pokarmowym) odgrywają niewielką rolę. Za tym poglądem przemawiają doświadczenia chemików, botaników i fizjologów, które zgodnie stwierdzają, że kwas szczawiowy stoi w bliskim związku z cukrami. Przy podawaniu cukrów u ludzi autorowie stwierdzali wzrost kw. szczawiowego we krwi, to samo obserwuje się zazwyczaj u chorych z zaburzeniami w przemianie węglowodanowej (np. przy cukrzycy). Prócz tego zwiększenie kwasu szczawiowego we krwi występuje przy robakach (tasiemce), ponieważ zawierają one dużo glikogenu i produkują bardzo dużo kwasu szczawiowego.

Przy leczeniu stanów, wywołanych nadmiarem kwasu szczawiowego (oksalemja, oksalurja) należy zwrócić uwagę na 3 czynniki, wpływające na ilość kwasu szczawiowego: 1) nadmierna ilość cukrów w pożywieniu lub niedostateczna asymilacja w tkankach, 2) zaburzenia w przemianie cukrowej i 3) pasorzyty jelitowe. Ze środków leczniczych największy wpływ wywiera insulina, która równocześnie z obniżeniem cukru we krwi obniża także ilość kwasu szczawiowego.

Nr. 53.

G. Roussy, Ch. Oberling i C. Raileanu: *Neurospongioma.* Autorowie opisują nowotwory mózgu, zwane przez Cushinga *medulloblastoma*, a przez innych *neurocytoma, sarcomatosis cerebralis* i t. p. Nowotwory te występują przeważnie u młodych osobników (przeciętnie wiek chorych wynosi 10 lat), usadawiają się głównie w móżdżku, posiadają tendencję do rozszerzania się i do zajmowania opon mózgowych, dlatego też z trudnością dają się usunąć chirurgicznie. Histologicznie składają się z komórek o jądrach zazwyczaj podłużnych, ułożonych często w różne grupy oraz z dużej ilości włókien klejorodnych. Ta obfitość komórek i włókienek przemawia za ich pochodzeniem embrjonalnem. Nowotwory te mają pewne podobieństwo do nowotworów siatkówki *(retinocytoma)* i układu sympatycznego *(neuroblastoma)*, częste ich występowanie u młodych osobników zdaje się potwierdzać teorję o ich pochodzeniu dysplastycznem.

Bensaude, Faure-Beaulieu i Cain: *Przedziurawienie esicy przez owrzodzenie zewnętrzne.* Autorowie opisują przypadek pęknięcia esicy wskutek zropienia i owrzodzenia prawdopodobnie sieci *(epiploon)*. U osobnika 70-letniego wskutek urazu w okolicę odbytu wystąpił duży krwiak bez krwotoku zewnętrznego i bez uszkodzenia kości. Po 6 miesiącach wystąpiły gwałtowne bóle i objawy niedrożności jelitowej, przy operacji stwierdzono przedziurawienie esicy, pacjent zmarł wkrótce, badanie makro- i mikroskopowe zdaje się przemawiać za tem, że uraz przed 6 miesiącami był przyczyną zropienia *epiploon*, co doprowadziło do pęknięcia esicy.

J. Mawas: *Angjomatoza siatkówki.* Autor opisuje chorobę Hippela, charakteryzującą się rozszerzeniem naczyń siatkówki, ich przebiegiem wężykowatym i tworzeniem na granicy naczyń włosowatych torbieli, wypełnionych krwią, wystających do ciałka szklistego. W obrazie wziernikowym można rozróżnić kilka stadjów rozwoju choroby. Prócz objawów klinicznych i obrazu wziernikowego autor zbadał też histologicznie wyłuszczoną gałkę oczną.

M. Chiray, I. Pavel i P. Amy: *O czarnej żółci.* Autorowie podają przyczyny występowania t. zw. czarnej żółci, t. j. żółci ciemnej, zawierającej dużo barwików. Taka żółć może pochodzić z woreczka żółciowego, z przewodu żółciowego albo też z wątroby, może być fizjologiczna lub patologiczna. Fizjologicznie ciemna żółć powstaje w woreczku wskutek zagęszczenia. U osobników z przetoką żółciową żółć wątrobowa w nocy jest ciemniejsza, jak w dzień.

Patologicznie ciemna żółć występuje przy atonji woreczka żółciowego, po wycięciu woreczka żółć z przewodu żółciowego staje się czasem więcej skoncentrowaną, tak jakby przewód starał się zastąpić wycięty woreczek przez rozszerzenie się. Ciemna żółć wątrobowa występuje przy nadmiernym rozpadzie ciałek czerwonych, albo też po ustaniu przyczyn, wywołujących zatrzymanie żółci (po żółtaczce mechanicznej).

E. Moniz, L. de Carvalho i A. Lima: *Angjopneumografja.* By zrobić zdjęcia rentgenowskie naczyń płucnych, autorowie wstrzykiwali u zwierząt i u ludzi 60—100% jodek sodowy

do żyły poobojczykowej lub do żył szyjnych. Okazało się jednak, że płyn kontrastowy nie przechodził szybko do serca i tętnic płucnych, ale pozostawał w miejscu wstrzyknięcia.

Dlatego też wprowadzano u ludzi płyn kontrastowy (80—120% Na J) do uszka serca prawego przy pomocy sondy, wprowadzonej do żyły szyjnej. Chorzy znoszą takie zabiegi bez szkody, zdjęcia naczyń płucnych są bardzo dobre. Autorowie omawiają wartość tej metody dla celów rozpoznawczych i przypuszczają, że tą drogą można wprowadzić nawet pewne środki lecznicze.

R. Soeur: *Budowa kości przy doświadczalnem zatruciu naświetlaną ergosteryną.* Autor przeprowadzał doświadczenia na świnkach morskich i królikach. Przekonał się na podstawie badań mikroskopowych kości, że ergosteryna prowadzi do rozpuszczenia wapnia i do szybkiej resorbcji tkanki kostnej. Prócz znanych objawów hiperwitaminozy można we krwi zwierząt stwierdzić zwiększenie wapnia i fosforu *(hypercalcaemia, hyperphosphataemia)* oraz zwapnienia w różnych tkankach (tętnica główna, nerki i t. p.). Ergosteryna nie działa za pośrednictwem gruczołów przytarczycznych.

L. M. Pautrier: *Dermatitis chronica atrophicans.* Autor opisuje obraz kliniczny choroby Pick-Herxheimera i podaje zmiany histologiczne skóry przy tej chorobie. Zaznacza, że występuje ona głównie w Europie środkowej, omawia różnice i podobieństwa między tą jednostką chorobową a anetodermją Jadassohna i sklerodermją, sądzi, że wspólnem tłem tych chorób jest zaburzenie w przemianie materji skórnej tkanki łącznej i przypuszcza, że przyczyny zaniku skóry należy szukać w zaburzeniu gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (niedomoga tarczycy?).

P. Brocq: *Skręt woreczka żółciowego.* Autor podaje rzadki przypadek skrętu woreczka żółciowego u kobiety 70-letniej, wyleczonego przez wycięcie. Następnie omawia rozpoznanie tego schorzenia, mechanizm powstawania, obraz przy operacji, metody i wyniki operacyjne w 32 znanych przypadkach. Jedynym zabiegiem jest wycięcie woreczka.

Nr. 54.

P. E. Weil: *Zabiegi operacyjne u krwawców.* Przy krwawiączce (hemofilji) można bez obawy wykonywać nawet ciężkie zabiegi chirurgiczne, jeśli się chorego poprzednio przygotuje przez przetoczenie krwi zdrowej, a po zabiegu operacyjnym ma się możność przeprowadzać przetaczanie krwi ewent. kilkakrotne w razie potrzeby. Autor omawia różne zabiegi chirurgiczne w zakresie chorób zębów, nosa i gardła, jamy ustnej, wątroby, śledziony i t. d., podaje liczne obserwacje kliniczne, które dowodzą, że taka metoda pozwala zawsze przystąpić do zabiegu operacyjnego i podkreśla, że tylko współpraca hematologa i chirurga pozwala chorych na krwawiączkę traktować jak osobników normalnych.

A. Fontan: *Czynne ciśnienie krwi i niedomoga zastawek tętniczych.* Autor omawia teoretyczne zagadnienia średniego czynnego ciśnienia krwi w związku z wyrównaną wadą zastawek tętnicy głównej.

N. Kisthinios i D. M. Gomez: *Leczenie niedomogi sercowej u osobników z tętnem naprzemiennem.* Autorowie podają kilka obserwacyj niedomogi sercowej, leczonej cukrem i insuliną oraz omawiają mechanizm działania tego leczenia, tonizującego mięsień sercowy.

Nr. 55.

G. van Caulaert i P. S. Pétrequin: *Patogeneza hipochloremji przy ostrych zapaleniach nerek z bezmoczem lub zmniejszoną ilością moczu.* Autorowie stwierdzili, że przy ostrych zapaleniach nerek w pierwszem stadjum występuje zmniejszenie chloru we krwi *(hypochloraemia)*, a zwiększenie chloru w tkankach i płynie mózgowo-rdzeniowym *(chloropexia)*, zwiększenie azotu pozabiałkowego i spadek zasobu zasad we krwi. W drugiej fazie równocześnie z wystąpieniem wymiotów wszystkie te zmiany we krwi są jeszcze wyraźniejsze, tylko tkanki tracą również chlor (niema chloropeksji). Hipochloremja i chloropeksja w pierwszym okresie jest wywołana przez zakwaszenie organizmu i wzrost stężenia cząsteczkowego we krwi, te czynniki wypędzają chlor z krwi do tkanek. W drugim okresie zubożenie organizmu w chlor jest wywołane przez wymioty, które występują wskutek zmniejszenia ilości chloru we krwi (chloropenji). Wyjaśnienie patogenezy pozwala na zastosowanie odpowiedniego leczenia. W pierwszej fazie należy zwalczać zakwaszenie przez podawanie alkalji (soda) a nadmierne stężenie molekularne krwi należy zmniejszać przez infuzje płynu fizjologicznego (1—2 l podskórnie), natomiast wprowadzać chloru do krwi nie potrzeba. W drugiej fazie należy wprowadzać chlorki, by spowodować wydzielenie substancyj azotowych w moczu i zmniejszyć wymioty.

Nr. 56.

A. Zimmern, J. A. Chavany i R. Brunet: *Naświetlanie nadnerczy przy suchej gangrenie.* Autorowie omawiają gangreny, występujące na tle zmian tętniczych (starcze, cukrzycowe, kiłowe oraz wczesne na tle nieznanem) oraz ich leczenie przy pomocy insuliny i innych środków farmakologicznych. Ze środków fizykalnych wspominają o diatermji, cieple suchem, podczas gdy okłady i ciepło wilgotne uważają za przeciwwskazane. Z innych zabiegów wymieniają sympatykotomję okołotętniczą, amputację, wycięcie nadnerczy i różne metody naświetlania promieniami Roentgena.

Dokładniej omawiają wyniki, otrzymane przy naświetlaniu nadnerczy i podają kilka obserwacyj. Przy takiem leczeniu szybko ustępują bóle, tkanka martwicza łatwo się oddziela i rana posiada tendencję do szybkiego gojenia się. W końcu zastanawiają się nad mechanizmem działania tego sposobu leczenia i sądzą, że zmniejszenie wytwarzania adrenaliny obok wpływu może pośredniego na układ sympatyczny należy uważać za czynnik, wpływający na szybkie ustępowanie gangreny w wielu przypadkach.

Skowroński (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.
Archives of Internal Medicine.

Vol. 47. (Luty). Z. 2. 1931.

Hurxthal: *Zachowanie się ciśnienia krwi przed i po zabiegu chirurgicznym w przypadkach hipertyreoidyzmu.*

Meyer: *Czynność wątroby w cukrzycy.*

Matzner i Gray: *Zachowanie się kwasoty żołądka i odczynu moczu po zastrzyku histaminy.* (Studjum porównawcze). Histamina uchodzi za najsilniejszy bodziec wydzielniczy żołądka. Niektórzy autorzy zajmowali się badaniem stosunku, zachodzącego pomiędzy kwasotą żołądka a stężeniem jonów wodorowych w moczu po zastrzyku histaminy. Również autorzy starali się zbadać ten stosunek u 25 chorych. Przekonali się, że histamina jest rzeczywiście silnym bodźcem dla wydzielniczej błony śluzowej żołądka. Badając równocześnie po zastrzyku histaminy kwasotę żołądka i stężenie jonów wodorowych w moczu, w 50% tylko znaleźli odczyn zasadowy w tym ostatnim.

Joamides: *Powietrze ściśnięte w leczeniu zapalenia płuc.*

Hosoi i Stewart: *Rozpoznanie różniczkowe „nowotworów" śródpiersia.* Opisy 8 przypadków.

Bondley: *Odczyny, towarzyszące przetaczaniu krwi, połączone z oligurją i mocznicą.* Autor opisuje 17 przypadków, w których po przetaczaniu krwi wystąpiły ciekawe i charakterystyczne objawy: a) bezpośrednio po przetaczaniu krwi wystąpiła ostra gorączka, której towarzyszył często krwiomocz, a zawsze oligurja. b) Po tych objawach występuje przerwa kilkudniowa, w czasie której nastaje polepszenie — oligurja jednak się utrzymuje. c) Po tej przerwie nagle rozwijają się objawy mocznicy, rozpoczynające się sennością lub niepokojem. Niekiedy dołączają się drgawki i kwasica. Przebieg wykazuje w większości przypadków koniec fatalny; z 17 chorych 11 umarło. Powrót do zdrowia, połączony jest z obfitem moczeniem. Śmierć nastaje wśród objawów mocznicy. Sekcja wykazuje zmiany typowe w nerkach. Jako przyczynę tych objawów podaje autor dziwne zachowanie się ustroju wobec krwi obcej, która silnie uszkadza nerki, wywołując w swoim czasie mocznicę.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.
Medizinische Klinik.

Nr. 9. — 1931.

G. Elkeles: *Etjologja i klinika schorzeń paratyfusowych.* Oprócz ogólnie znanych postaci jak paratyfus a i b, istnieje postać paratyfusu wywołana przez pałeczkę wrocławską *(Bact. breslaviense, Aetrycke-bacillus)*, która może się przedstawiać jako *gastroenteritis paratyphosa* z swemi gwałtownemi objawami, albo po przejściu stadjum ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego, po krótkiej przerwie bezgorączkowej, zwolna rozwija się obraz paratyfusu. Paratyfus jest schorzeniem, w którem bakterje z miejsca schorzenia dostają się do całego ustroju, jest więc ogólnem zakażeniem, natomiast w postaciach *gastroenteritis paratyphosa* schorzenie jest tylko lokalne, a jady wytwarzane w miejscu schorzenia dostając się do ustroju, wywołują objawy zatrucia. Otóż w postaci opisywanej może po przejściu sprawy miejscowej przyjść sprawa ogólna, co w innych przypadkach zwykle się nie zdarza. Nie musi jednak zawsze ta kolejność być utrzymana, może się skończyć tylko na pojedyńczych stadjach.

O. Kirsch: *Długość trwania odporności wywołanej szczepieniem wśródskórnem.* Wstrzyknięcie doskórne szczepionki wywołuje odporność na czas krótszy, niż wstrzyknięcie podskórne. Tłumaczyć to można tem, że naskórek jako taki nie jest w stanie mobilizować sił obronnych w takich ilościach, w jakich jest w stanie wytworzyć je tkanka podskórna.

Roger Korbsch: *Odźwiernik w gastroskopie.* Gastroskop jest zbudowany na zasadzie optyki stosowanej przy konstrukcji instrumentów służących do oglądania jam czy przewodów ciała. By w polu widzenia gastroskopu znalazła się część odźwiernikowa z samym odźwiernikiem, należy tak manewrować gastroskopem, by część wypukła aparatu oparła się na przejściu krzywizny wielkiej w część odźwiernikową, zwracając otwór aparatu ku krzywiźnie małej. W ten sposób ułożonym gastroskopem można obserwować zmiany bł. śl. żołądka, względnie zachowanie się perystaltyki *antrum pylori.*

M. Taralrud: *Uszkodzenie nerek w leczeniu kiły bizmutem.* Nietylko w leczeniu kiły bizmutem, ale nawet w leczeniu chirurgicznem ran, czy w dermatologji spotykano częstokroć białkomocz. W leczeniach antylnetycznych, w których stosuje się duże dawki *Bi* w formie wstrzykiwań domięśniowych, względnie często występuje uszkodzenie nerek o charakterze nerczycowym, o rokowaniu dobrem, bo przez odstawienie Bi zmiany nerkowe się cofają, najdłużej jednak utrzymują się w moczu wałeczki. Jeśli nastąpiło już raz uszkodzenie bizmutem nerek, nie należy leczenia powtarzać, nawet po ustąpieniu objawów nerkowych, ponieważ sprawa z reguły się nawraca.

M. Herzberg: *Gyneclorin i Balneoclorin.* Preparat wyrabiany przez firmę A. G. Heyden stosuje się w schorzeniach części rodnych kobiecych w formie przepłukiwań pochwy.

E. Fulay: *Leczenie schorzeń seboroicznych skóry, w szczególności acne vulgaris preparatem „Vallathen".* Preperat *„Vallathen"* ma w swem składzie wyciągi z jelit, trzustki i wątroby z siarką + *magnesia usta.* Stosowany w stanach seboroicznych na wewnątrz, od 3 i dochodząc stopniowo do 9 tabletek dziennie, uzyskiwano znaczną poprawę.

E. C. Rosenow: *Zestawienie wyników badań nad zakażeniami ogniskowemi i ich wybiórczego umiejscowienia.* Paciorkowce tkwiące w ogniskach utajonego zakażenia w ustroju, w migdałkach, zębach czy tkance okołozębowej, w sterczu i t. d. posiadają powinowactwo do pewnych narządów i osiadają tam, powodując zmiany chorobowe. Eksperyment z przeszczepianiem na zwierzęta paciorkowców, wziętych z owych ognisk, przypuszczenie to potwierdził, o ile zachowa się pewne wskazówki w składzie pożywek używanych jako podłoże do hodowania bakteryj.

Herbert Scheidel: *Następstwa czerwonki u uczestników wojny.* (Dokończenie). W niezwykle dużym procencie u ludzi, którzy przebyli czerwonkę, zauważono powstanie wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy, co ma stać ze sobą w związku przyczynowym. Również przewlekłe stany nieżytowe żołądka i jelit bywają następstwem czerwonki. W niewielkim procencie spotykamy atonję jelit, zwłaszcza jelita grubego.

Nr. 10. — 1931.

L. Nürnberger: *Diagnostyka zaśniadu groniastego.* Objawami, które świadczą o obecności zaśniadu groniastego są: odchodzenie samych pęcherzyków zaśniadu, (nie jest to jednak objaw stały), nadmiernie powiększona macica, nieodpowiadająca czasowi ciąży, wielka kurczliwość m. macicy, obrzęki kończyn dolnych, obecność białka w moczu. Objawem zaś najpewniejszym jest wykazanie wielkiej ilości hormonu przysadki mózgowej w moczu, tak, że ilościowo wyznaczając reakcję Zondeka, można napewno rozpoznać *m. hydatidosa:* mianowicie przy 200.000 jednostek jest pewnym zaśniad względnie *chorionepithelioma.* Im tych jednostek jest mniej, tem rozpoznanie niepewniejsze. Przy 50.000 j. można twierdzić, że w łożysku istnieje jakiś „niepokój".

Reiche: *Zwalczanie przez ustrój doprowadzenia jednorazowego wielkiej ilości płynu:* Autor przedstawia badania ilościowe wody, chlorków i mocznika we krwi i w moczu pobranych od osobnika, któremu naraz podano 1500 cm³ płynu. Doświadczenia dokonano na ludziach chorych i zdrowych.

B. Edinger: *Schorzenia płuc, wywołane pałeczką paratyfusu B.* Stosowanie badań bakterjologiczno-serologicznych w większych zakładach leczniczych we wszystkich wątpliwych przypadkach ujawniło fakt, że w przypadkach niewątpliwego paratyfusu B występowały schorzenia dróg oddechowych w postaci lżejszych zapaleń, czy nawet ropienia. I tak ropniaki opłucnej, ropnie płuc, schorzenia kataralne dróg oddechowych bywały wywoływane przez pałeczki paratyfusu B. W wypadkach opisanych wykonywano badania bakterjologiczne z płynami wydobytemi z schorzałych organów, wykazując obecność owych pałeczek.

E. Leschke: *Zakażenia i zatrucia pochodzące z ognisk przyzębowych.* Nietylko same ropnie i granulomy szczytowe mogą się stać źródłem zakażenia, lecz także resztki pokarmów zalegających w szczelinach międzyzębowych, czy pod dziąsłami. Oczyszczanie zębów szczoteczką przy pomocy środków sprzedawanych w handlu o tyle nie jest korzystnem, że szczoteczka raniąc dziąsła otwiera wrota ewentualnego zakażenia. Natomiast autor poleca aparat *„Atomisuer"*, w którym prąd bezwodnika węglowego usuwa resztki pokarmów nienaruszając dziąseł.

Bieling: *Zator naczyń płucnych, śmierć pozorna, czy rzeczywista?* Przy zatorze naczyń płucnych zwykle nie następuje śmierć natychmiastowa, jest bowiem początkowo tylko pozorną. Na takich chorych pozornie zmarłych w odpowiednich warunkach wykonana operacja Trendelenburga, może z powrotem ich przywrócić do życia. Nie występuje bowiem nagle śmierć całego organizmu, skoro więc sztucznem oddechaniem i masażem czy zastrzykami w serce utrzyma się krążenie i oddechanie, wówczas przez usunięcie zatoru można takich ludzi utrzymać przy życiu. Przypadki takie są opisane.

F. Kerner Marilaun: *Wpływ plam słonecznych i wybuchów wulkanów na klimat.* Z gazami wulkanicznemi wydobywa się wielka ilość bezwodnika węglowego, który wysycając atmosferę zmniejsza promieniowanie ziemi. Pył wulkaniczny, który jeszcze długi czas po erupcjach wypełnia zwłaszcza górne warstwy atmosfery, powoduje adsorbcję promieni fiołkowych, przez co promienie słoneczne dochodzące do ziemi są w nie uboższe. Plamy słoneczne zjawiają się co pewien okres czasu, z czem się wiąże oziębienie atmosfery ziemskiej. Wykazano, że te części słońca wysyłają promienie o niższej ciepłocie. Ponieważ zjawiają się one cyklicznie, stąd przypuszczenie, że są one w związku z jakiemiś zmianami dokonywującemi się w wnętrzu słońca, analogicznemi z wybuchami wulkanów na ziemi, zwłaszcza że przypadają na okres erupcji wulkanów na ziemi.

G. Peritz: *Działanie hormonu gr. przytarczycznych z przewodu pokarmowego.* Przy wysuszaniu gr. przytarczycznych hormon w większej ilości niszczeje, zaś pozostaje tylko $^1/_3$ część z niego. Dlatego przy podawaniu preparatów wyciągowych z gr. przytarczycznych tylko w nieznacznym stopniu podnosi się ilość wapnia w krwi.

G. Langer: *Leczenie „Intestinolem" Henninga dyspepsji gruźliczych.* U osobników gruźliczych występują niestrawności natury toksycznej, spowodowane upośledzeniem wydzielania fermentów trawiennych samego przewodu pokarmowego. Intestinol zawiera: 0,1 *pancreatinum sicc. - carbo ligni* 0,05, kw. żółciowe 0,05, sekretyny 0,05.

Godlowski (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Protokół Nr. 17 posiedzenia Zarządu Związku Przeciwwenerycznego z dnia 19 czerwca 1931 r.

Obecni: Prof. Fr. Krzyształowicz, Dr. Jan Adamski, Dr. Jerzy Reise, Dr. Alfred Ettinger, Dr. Wiktor Borkowski.

1. Przyjęto protokół z dnia 8 maja 1931 r.

2. Uchwalono wpłacić do Międzynarodowego Związku Przeciwwenerycznego składkę członkowską w wysokości 300 franków francuskich. (trzysta fr. fr.) za r. 1931.

3. Uchwalono udzielić Polskiemu Katolickiemu Towarzystwu Ochrony Kobiet 1 ratę zapomogi na r .1931 w wysokości 250 zł. (dwieście pięćdziesiąt).

4. Uchwalono udzielić Polskiemu Towarzystwu Dermatologicznemu zapomogę w wysokości zł. 500 (zł pięćset) na koszty prowadzenia działu wenerologii społecznej w kwartalniku „Przegląd Dermatologiczny" oraz koszty druku odbitek, zawierających protokół Walnego Zebrania Delegatów Związku Przeciwwenerycznego z r. 1931, sprawozdanie z działalności, sprawozdanie kasowe, plan działalności, preliminarz wydatków Związku.

5. Uchwalono zwrócić się do Min. Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) z prośbą o spowodowanie, aby Konsulat Rzeczypospolitej Polskiej w Londynie wziął udział przez swego przedstawiciela w obradach Walnego Zebrania Delegatów Międzynarodowego Związku Przeciwwenerycznego, mającego się odbyć w Londynie r. b.

IX. Zjazd Internistów Polskich w Krakowie.

IX. Zjazd Internistów Polskich obradował w Krakowie w dniach od 24 do 27 września b. r. Na Zjazd przybyło około 300 lekarzy z całej Polski. W przeddzień otwarcia Zjazdu odbyło się w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem zebranie zapoznawcze uczestników Zjazdu, które zaszczycił swą obecnością prof. dr. G l u z i ń s k i, założyciel i honorowy prezes T-wa Internistów Polskich; przybyli także delegaci Centralnego Komitetu Związku Lekarzy Słowiańskich z min. I v k o v i c e m na czele.

Uroczyste inauguracyjne posiedzenie Zjazdu odbyło się w dn. 24. IX. przed poł. w sali wykładowej Kliniki Lekarskiej U. J. Do prezydjum Zjazdu wybrani zostali przez Walne Zgromadzenie T. I. P. prof. dr. J e z i e r s k i z Poznania, jako przewodniczący oraz doc. dr. G o r e c k i, jako sekretarz. Do prezydjum honorowego na poszczególne posiedzenia zaproszeni zostali: prof. Gluziński, prof. Orłowski, prof. Rencki, prof. Kryński, prof. Semerau-Siemianowski, prof. Franke, prof. Grek, dr. S. Sterling, prof. Skubiszewki, prof. Koskowski, prócz nich w charakterze wiceprzewodniczących i sekretarzy wielu wybitnych przedstawicieli świata naukowego i lekarzy praktyków.

Licznie zebranych uczestników Zjazdu oraz przedstawicieli Wydziału Lekarskiego U. J., Województwa, władz miejscowych i sanitarjatu wojskowego powitał prof. Latkowski, prezes Komitetu Organizacyjnego Zjazdu, wyrażając swą radość, iż Zjazd po raz pierwszy w wolnej Polsce zebrał się w Krakowie, w mieście, w którem powstało Towarzystwo I. P. i w którem przed wojną odbył się I. Zjazd Internistów. Inauguracyjny wykład p. t. „Trzej interniści krakowscy z końca XIX. w." wygłosił prof. W a c h h o l z, przedstawiając w znakomitem historycznem ujęciu postacie profesorów Korczyńskiego i Pareńskiego, oraz dra Paszkowskiego; wykład prof. Wachholza, zakończony głębokiemi uwagami o stosunku lekarzy do społeczeństwa wywarł duże wrażenie). Wykład ukaże się w następnym Nr. P. G. L.).

Następnie w I. dniu obrad przystąpiono do wygłoszenia referatów głównych z dziedziny gośćca stawowego. Prof. S k u b i s z e w s k i omówił to zagadnienie ze stanowiska anatomopatologicznego. Prof. L a t k o w s k i w wykładzie p. t. „Klinika cierpień gośćcowych" przedstawił najpierw współczesne zapatrywania na etjologję gośćca, omówił istniejące i proponowane podziały tego schorzenia, poczem nakreślił obrazy chorobowe ostrego gośćca stawowego ze szczególnem uwzględnieniem towarzyszących temu cierpieniu zmian w mięśniu sercowym, dalej pierwotnego przewlekłego gośćca stawowego oraz cierpień gośćcowych kręgosłupa i mięśni. Prelegent uwzględnił także w wykładzie zasady leczenia gośćca. Oba referaty główne z zakresu gośćca, jak też i referaty traktujące o hipertyreozach zostały w całości opublikowane w t. IX. z. 3. Pol. Arch. Med. Wewn. Na porządku obrad w tym dniu znalazło się jeszcze wiele referatów, odnoszących się do tematów programowych. Ze względu na brak miejsca niepodobna w sprawozdaniu niniejszem wymieniać wszystkich prelegentów, zwłaszcza, że streszczenia referatów i przebieg dyskusji umieszczone zostaną drukiem w Pol. Arch. Med. Wewn. a pełny ich tekst ukaże się niewątpliwie w różnych czasopismach lekarskich. M. i. duże zainteresowanie obudził wykład prof. J e z i e r s k i e g o, który na podstawie badań interferometrycznych określał udział gruczołów dokrewnych, zwłaszcza tarczycy i jajników, w schorzeniach gośćcowych. Ciekawem uzupełnieniem tego wykładu były badania dra K l u k o w s k i e g o, który również interferometrycznie stwierdził udział przysadki w tych sprawach.

W II. dniu obrad wygłosili referaty główne z zakresu hipertyreoz dr. K o e l i c h e n (patogeneza), płk. dr. M a c i ą g (klinika i leczenie) oraz prof. dr. G l a t z e l (leczenie chirurgiczne). Inni mówcy w wykładach dodatkowych dorzucili wiele cennych spostrzeżeń w tej dziedzinie. Prof. O r ł o w s k i wypowiedział się o nowszych sposobach leczenia choroby Basedowa, dr. F a l k i e w i c z i dr. G r a b o w s k i podnieśli znaczenie rozpoznawcze odczynu Biernackiego w tych przypadkach hipertyreoz, w których przemiana podstawowa lub objawy kliniczne nie wykazują znaczniejszych odchyleń od normy; bardzo ciekawe badania nad ilością jodu organicznego i nieorganicznego we krwi po dożylnem wlewaniu tyroksyny podali dr. J. B o e i dr. E l m e r, posługując się przytem własną metodą mikroanalityczną, pozwalającą określać jod w kilku cm³ krwi. (ukaże się w P. G. L.).

Bankiet zgromadził kilkadziesiąt osób z pośród uczestników Zjazdu i członków Wydziału Lekarskiego U. J. Przybył także dr. Poix, który jako reprezentant francuskich towarzystw przeciwgruźliczych bawił na Zjeździe Przeciwgruźliczym w Zakopanem i w powrotnej drodze zatrzymał się w Krakowie. Przy deserze wygłoszono szereg przemówień. Pierwszy toast wniósł na cześć Prezydjum i Uczestników Zjazdu prof. Latkowski, następnie przemawiali imieniem Wydziału Lekarskiego U. J. prof. Godlewski, który podniósł w głęboko ujętem przemówieniu ścisły związek wzajemny nauk lekarskich; imieniem Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego przemawiał Prezes Tow. Prof. Walter. Odpowiadał Prezes Zjazdu prof. Jezierski, podnosząc walory Krakowa, jako historycznego grodu i siedziby najstarszej uczelni naszej, do której zawsze żywo się garną wszyscy badacze naukowi. Następnie przemawiał prof. Wachholz, wnosząc w nastrój zebrania nutę miłych wspomnień z historji starego Krakowa i dowcipnie trawestując wiersz Wasilewskiego wyrażał nim radość z powodu wybrania Krakowa na miejsce obrad obecnego Zjazdu. Podobnym sentymentem dla Krakowa i Polski tchnęło przemówienie dr. Poix, w którym mamy naprawdę gorącego przyjaciela Polski. Z dalszych mówców prof. Rencki wniósł toast na cześć P. prof. Latkowskiej, która nie szczędziła starania i trudu przy urządzeniu bankietu, dzięki czemu przyjęcie zostawi w pamięci uczestników miłe i niezapomniane wrażenie; z kolei dr. Rytel wniósł zdrowie Profesorów, Kierowników Zakładów i pracowni naukowych. Bankiet wśród bardzo miłego i serdecznego nastroju przeciągnął się do późnej nocy.

W trzecim i czwartym dniu trwania Zjazdu obrady, ze względu na bardzo licznie zgłoszone referaty z dziedziny chorób układu krążenia, chorób płuc, badań nad rakiem, chorób krwi, badań przemiany materji i i., odbywały się w dwu sekcjach, dzięki czemu było możliwe wyczerpanie programu obrad bez przeszkód w dokładnem omówieniu pewnych zagadnień naukowych specjalnych.

Do bardziej interesujących wykładów należały: wykład prof. R e n c k i e g o, który demonstrował telefonendoskop, aparat służący do demonstracji fenomenów akustycznych większej liczbie słuchaczy. Aparat skonstruowany został przez inż. K o r e c k i e g o, asystenta Politechniki lwowskiej. Aparat oddaje szmery i tony zupełnie czysto. Wykład prof. L a t k o w s k i e g o traktował na podstawie wieloletniej obserwacji o diagnostycznem znaczeniu zmian krzywej elektrokardjograficznej przy zrostach osierdziowych. Dr. D a d l e z na podstawie prac wykonanych w Klinice Lekarskiej aparatem specjalnie skonstruowanym (wspólnie z drem C h r o b a k i e m) omawiał wartość graficznych metod badania tonów serca. Prof. O r ł o w s k i na podstawie badań surowicy chorych na raka zapomocą próby Hirschfeld-Halberówny dochodzi do wniosku, że próba ta nie jest swoistą i że ma ona tylko pewne pomocnicze znaczenie diagnostyczne. Doc. O s z a c k i na podstawie szeregu badań nad zawartością kwasu mlekowego w krwi odpływającej z części dotkniętej nowotworem, oraz z szeregu badań stężenia jonów i rezerwy alkalicznej w krwi żylnej, dochodzi do wniosku, że u chorych rakowych ma się do czynienia w przeważnej części przypadków z przesunięciem odczynu ustroju w kierunku alkalozy, którą autor wiąże z pojawianiem się we krwi chorych rakowych jakiejś bliżej nieokreślonej substancji działającej w tym kierunku. Prof. P e l c z a r i dr. H o f b a u e r na podstawie badań surowicy chorych rakowych stwierdzili zwiększenie się ilości dopełniacza, względnie protrombiny w surowicy chorych, co wiążą ze wzrostem nowotworów. Dr. K m i e t o w i c z przedstawił ciekawe badania nad wyosobnionym z kultury zarazka duru brzusznego czynnikiem sprowadzającym leukopenję. Dr. Z a k r z e w s k i na podstawie badań hodowli tkanek dowiódł, że w odporności na nowotwory biorą udział czynniki tkankowe i humoralne równocześnie; poza tem podniósł znaczenie protrombiny, jako czynnika pobudzającego wzrost w hodowli tkanek poza ustrojem. Dr. D ą b r o w s k i ze współpracownikami przedstawił wyniki leczenia gruźlicy płuc zapomocą obustronnej odmy sztucznej. Zainteresowanie duże wywołało również zagadnienie tyczące się t. zw. kinetocytów. Zdaniem prof. P e l c z a r a i K o ł o s z y ń s k i e g o, kinetocyty są produktami rozpadu wielkich płytek krwi. Dr. B l a c h e r podtrzymywał natomiast stanowisko, że kinetocyty spostrzegane przez niego przed doniesieniem Edelmanna są nowemi ciałkami, posiadającemi ruch samoczynny. Dr. K o b r y n e r na podstawie swoich badań wypowiedział się za powstawaniem kinetocytów z rozpadu wielkich płytek. Tenże autor podał bardzo ciekawe badania, dowodzące istnienia nowej formy pierwotniaków w niektórych schorzeniach układu krwiotwórczego na tle zakaźnem. Prof. K o s k o w s k i mówił o dynamicznych własnościach krwi w czasie trawienia prawidłowego i w gorączce. Dr. W ę g i e r k o przedstawił ciekawe wyniki badań eksperymentalnych nad wydzielaniem żółci wątrobowej. Dr. M a r c z e w s k i przedstawił bardzo interesujące badania nad pojawieniem się zaczynów amylolitycznych i lipolitycznych w żołądku i trzustce przy przekwaśności trawiennej.

W czwartym dniu trwania zjazdu t .j. w niedzielę 27. IX., po wyczerpaniu programu naukowego wyraził Zjazd opinję, by, ze względu na chorobotwórcze działanie wilgoci, zwłaszcza w schorzeniach gośćcowych, stanowiących do pewnego stopnia klęskę

społeczną, przedsiębrano przy budowie domów, w szczególności dla robotników i pracowników umysłowych, wszelkie środki zabezpieczające mieszkania przed wilgocią. Następnie Zjazd wyraził życzenie, aby streszczenia prac zjazdowych zostały również ogłoszone w prasie fachowej zagranicznej.

Obrady Zjazdu zamknął imieniem Prezydjum Prof. Latkowski, dziękując w serdecznych słowach Prezydjum Zjazdu, uczestnikom, szczególniej zaś wszystkim prelegentom, dzięki którym Zjazd osiągnął poważne rezultaty naukowe. Prof. Latkowski dał wyraz oczekiwaniu, że bogaty plon naukowy Zjazdu i duże zainteresowanie, jakie Zjazd wywołał sprawią, iż następny Zjazd Internistów, który za dwa lata zbierze się w Poznaniu, równym a może i większym cieszyć się będzie powodzeniem.

Należy dodać, że w czasie trwania Zjazdu odbyły się zbiorowe wycieczki uczestników Zjazdu do Wieliczki oraz Ojcowa; nadto duża liczba uczestników Zjazdu pod kierunkiem wytrawnych przewodników zwiedziła zabytki historyczne Krakowa. Z okazji Zjazdu urządzono w gmachu Kliniki Lekarskiej U. J. wystawę farmaceutyczną oraz wystawę wydawnictw lekarskich polskich i obcych. Wystawy te licznie były zwiedzane.

LIST DO REDAKCJI

Prym. Dr. Jan LANDAU, specjalista chorób dzieci.

W sprawie tytułu specjalisty.

W Nrze 37 z 1931 r. Polskiej Gazety Lekarskiej ogłoszono wnioski komisji ustanowionej do określenia uprawnień do tytułu specjalisty. Komisja zastanawiała się nad tem *cui bono* należy ustalić tytuł specjalisty i stwierdza, że:

1) Nauka dla swojego rozwoju tytułu specjalisty nie potrzebuje, bo historja dowodzi dosadnie, „że największe postępy nauka zawdzięcza bardzo często ludziom zupełnie nieutytułowanym, a nawet nieraz mało znanym ogółowi przed uczynionym przez nich odkryciem". Uważam stanowisko komisji odnośnie do tego punktu za niesłuszne, albowiem nie rozchodzi się o to, że mógł ktoś zrobić odkrycie, nie mając np. tytułu profesora i to z pewnością się zdarza, ale ten lub ów, który zrobił odkrycie w pewnym dziale specjalnym, stał się temsamem znanym w tym dziale specjalnym. Czy ci specjaliści używali tego tytułu, czy go nie używali było ich sprawą i sprawą mniejszej wagi, bo mając stanowisko naukowe w pewnym dziale, uchodzili już za specjalistów.

2) „Nie potrzebują ochrony zapomocą ustawowego tytułu ci z lekarzy, którzy drogą długoletniej pracy zdobyli sobie duże doświadczenie i obszerną wiedzę w zakresie pewnej gałęzi medycyny. Uchodzą oni słusznie za specjalistów i ich stanowisko ani wśród lekarzy, ani w społeczeństwie wogóle w niczem się nie zmieni od nadania im ustawowego tytułu". Znowu stanowisko niesłuszne z punktu widzenia lekarza praktycznego. Można zdobyć obszerną wiedzę w pewnej gałęzi medycyny, a publiczność o tem nie wie i dowiaduje się o tem właśnie przez przyłożenie tego tytułu. Widzimy w życiu codziennem, że nawet ci, którzy już swojem stanowiskiem naukowem stoją na świeczniku pewnej specjalności, a o czem i szersza publiczność dobrze wiedzieć powinna, jednak w swoich ogłoszeniach nie opuszczają tytułu czyto profesora czy dyrektora Kliniki i t. d. właśnie dlatego, aby wobec publiczności i to uwydatnić.

Nie chciałby z projektem Komisji dłużej polemizować, bo dałoby się dużo momentów podnieść przeciw temu projektowi; zamiarem moim było tą krótką notatką dać impuls do dyskusji na ten temat. Izby i Związki lekarzy mają zabrać głos. Nie mogę pominąć milczeniem, że zasługuje na uwagę skład komisji: 6 profesorów i 1 lekarz (nie wiem czy to lekarz praktyk). Skład komisji, mimo powagi tego ciała, uważam za niewłaściwy. Sprawa specjalizacji dotyczy w pierwszym rzędzie lekarzy praktycznych i ci powinni również zasiadać w Komisji, a głos ich powinien zaważyć na szali. Profesorowie tytułu tego nie potrzebują; wystarczy im na tabliczce tytuł: Dyrektor kliniki np. chorób wewnętrznych.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Posiedzenie Naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się dnia 6 października 1931 r. Na porządku dziennym: 1. Wł. Filiński i Nowosadko: Interrenalismus et hiperthyreoidismus (pokaz przypadku). 2. J. Roguski: Badania doświadczalne nad zachowaniem się żółci pęcherzykowej w zakażeniu dróg żółciowych. 3. St. Hrom: Wpływ kwasicy i alkalozy na układu krążenia i oddechania u ludzi zdrowych. 4. J. Węgierko: Hypoglycaemia paroxysmalis spontanea.

Kraków.

W niedzielę dnia 27 września b. roku Państwowy Szpital św. Łazarza w Krakowie przeżył niezwykłą uroczystość uczczenia zasług, a zarazem pożegnania ustępującego po 34 latach prymarjatu Dra Antoniego Krokiewicza. W pięknie udekorowanej sali oddziału chorób wewnętrznych, zgromadzili się przedstawiciele lekarskich władz urzędowych: Dyrektor Państw. Szpit. św. Łazarza Dr. Topolnicki, przedstawiciel wojew. Urzędu Zdrowia Dr. Paklikowski, naczelny fizyk miejski Dr. Owsiński, przedstawiciel Krakowskiej Izby lekarskiej, prymarjusze oddziałów Państw. Szpit. św. Łazarza, profesorowie Wydziału lekarskiego U. J. oraz bardzo liczny zastęp lekarzy byłych pracowników i uczniów Dra Krokiewicza, siostry miłosierdzia i służba oddziałowa.

Uroczystość zagaił serdecznem przemówieniem Dyr. Dr. Topolnicki, podnosząc wielkie zasługi Dra Krokiewicza, jako administratora oddziału, lekarza oraz nauczyciela młodych pokoleń. W przemówieniu podkreślił, że zarówno opinje najwyższych władz sanitarnych, jakoteż wdzięczność dziesiątków tysięcy chorych szpitalnych, są najlepszym dowodem uznania dla ofiarnej pracy Dra Krokiewicza.

W imieniu Wojew .Wydz. Zdrowia, żegnał ustępującego prymarjusza Dr. Paklikowski, wspominając te odległe już czasy, pracy lekarskiej Dra Krokiewicza na terenie Lwowa, gdzie jako znakomity prosektor i zastępca prymarjusza oddz. Wewn. Dra Widmana, cieszył się opinją pierwszorzędnego lekarza i jednego z najzacniejszych ludzi.

Prof. Dr. Wachholz nawiązując swe przemówienie do poprzedniego mówcy, wspomniał czasy, kiedy jako student medycyny pracował pod kierunkiem ówczesnego asystenta przy katedrze anatomji patologicznej Dra Krokiewicza, podziwiając znakomitą technikę sekcyjną i niezwykłą pracowitość jego. Mówca zaznaczył z jakiemi trudnościami musiał walczyć młody podówczas asystent, aby zdobyć sobie uznanie. Wspomniał o wielkich zasługach Dra Krokiewicza w okresie epidemji cholery w 1892 roku, kiedy jako młody bakterjolog wyszkolony w pracowniach Prof. Kocha, organizował i urządzał pracownie bakterjologiczne w Krakowie i Lwowie. W końcu swego przemówienia Prof. Wachholz wyraził zdanie że nie z prymarjatu, lecz z katedry uniwersyteckiej winien był odejść w zasłużony stan spoczynku Dr. Krokiewicz, ten niestrudzony i wielkiej nauki pracownik.

Następnie żegnał ustępującego prymarjusza w imieniu prymarjuszy Szpitala Prof. Dr. Kostrzewski, oraz w imieniu lekarzy Dr. Mazanowski, odczytując po swem przemówieniu szereg nadesłanych telegramów od Izb lekarskich i byłych uczniów Prymarjusza.

Dalszy mowca Ks. Prowincjał Gaworzewski złożył serdeczne podziękowanie Drowi Krokiewiczowi za życzliwość, jaką darzył siostry miłosierdzia oraz służące szpitalne, które nieraz z takim trudem i poświęceniem pielęgnują chorych.

W końcu imieniem służby oddziałowej przemówiła Anna Wójcikówna, ofiarując bukiet kwiatów, życzyła długich lat życia zawsze dobremu i wyrozumiałemu dla służby przełożonemu. Długotrwałe oklaski zebranych, wyraziły solidarność w tych życzeniach.

Wzruszony do głębi Dr. Krokiewicz zabrał głos: „Przez 46 lat pozostawałem w państwowej służbie zdrowia. Jest to poważny okres czasu. To też skoro z powodu 70-go roku życia w myśl ustawy należało mi ustąpić ze służby państwowej, nie mogę zataić, iż przyszło mi to z prawdziwą przykrością.

W ciągu mej służby państwowej na 46 lat — przez 41 lat pełniłem obowiązki na odpowiedzialnych stanowiskach, wymagających wiele trudu i sumienności — a zwłaszcza w ostatnich 34 latach jako prymarjusz na oddziale chor. wewn. Państwowego Szpit. św. Łazarza w Krakowie. Jako prymarjusz zżyłem się z chorymi, dla których pracowałem z całem zaparciem się i starałem się zawsze według najlepszej wiedzy i sumienia nieść im pomoc lekarską. To też skoro dziś staję przed Czcigodnymi Kolegami — mogę śmiało oświadczyć, iż żadnego chorego na oddziale nie zaniedbałem — lecz wszystkich bez wyjątku otaczałem zawsze najtroskliwszą opieką. Poświadczyć to mogą wszyscy lekarze pracujący ze mną na oddziale, a którym często wpajałem zasadę mego postępowania, że w szpitalu każdy chory jest „*sacro sanctus*", a dla nas lekarzy: „*salus egroti suprema lex esto*".

Koledzy pracujący ze mną na oddziale, niejednokrotnie mogli się przekonać o mojem zapatrywaniu co do posłannictwa lekarza, które daje się po krótce streścić .... „Szczytne, ale nad wyraz odpowiedzialne jest posłannictwo lekarza. Dzielić on musi szczęśliwe i smutne chwile otoczenia; w jego ręku spoczywa często kroć los nie tylko jednostek, ale i całych rodzin. To też sumienność i ścisłość w wykonywaniu obowiązków zawodo-

wych — obok najlepszej woli — stanowić powinien probierz w ocenianiu działalności lekarza. A jeśli nie zawsze lekarz spotyka się z należytą oceną ze strony społeczeństwa, pomimo wypełniania ścisłego i sumiennego swoich obowiązków zawodowych — to niech sobie uprzytomni prawdę życiową, iż „niewdzięczność jest nagrodą na świecie" — i nie zrażając się niczem niech nadal postępuje w myśl swego posłannictwa. — Nie ulega wątpliwości, iż do wypełniania należytego moich obowiązków jako prymarjusza — przyczyniała się praca i dobra wola lekarzy oddziałowych, poparcie Dyrekcji Szpitala i Prymarjuszów. Im też składam na tem miejscu z głębi serca serdeczne „Bóg zapłać". Nie mniej dopomagały i oddziałowe Siostry Miłosierdzia, i im składam serdeczną podziękę. Kończąc tych kilka słów dziękuję najserdeczniej wszystkim kolegom za uroczystą i świetlaną chwilę, którą mi zgotowali przy schyłku mego życia, — i upraszam, aby mnie nadal w takiej zachowali pamięci, jak ja to uczynię. Będzie to dla mnie jedyna nagroda za sumienną długoletnią pracę w Szpitalu św. Łazarza".

Po przemówieniu zebrani udali się na korytarz oddziału, gdzie Dyrektor Szpitala Dr. Topolnicki dokonał odsłonięcia pięknej tablicy pamiątkowej tuż u wejścia do oddziału chorób wewnętrznych z napisem: „Prymarjuszowi doktorowi Antoniemu Krokiewiczowi ku uczczeniu 34 letniej ofiarnej i pełnej poświęcenia pracy — Państwowy Szpital św. Łazarza".

* * *

Prymarjusz Dr. Antoni Krokiewicz ur. w Krakowie 16. I. 1862 roku, odbył studja od szkół najniższych począwszy, wszystkie bez wyjątku z postępem celującym. Po ukończeniu studjów lekarskich na U. J. w Krakowie, przez kilka lat był asystentem przy katedrze anat. patol. U. J. u prof. Browicza, poczem przez rok pracował w Wiedniu i Berlinie u prof. Kocha. W 1891 r. mianowany został asystentem sanitarnym przy b. Namiestnictwie we Lwowie. Kiedy w r. 1892 wybuchła w Krakowie epidemja podejrzana w kierunku cholery azjatyckiej, został delegowany przez b. Namiestnictwo dla jej stłumienia, a za zasługi położone spotkało go wysokie odznaczenie ze strony b. rządu austr., prymarjusz Krokiewicz dziś jeszcze uważa ten okres swego życia za najszczęśliwszy dla siebie. W tym bowiem czasie zdobył sobie uznanie, szacunek i sławę u znakomitych na ów czas uczonych jak Weichselbauma, Paltaufa, Kocha, Grubera i wielu innych, którzy w obfitej korespondencji gratulowali młodemu badaczowi doskonałych wyników jego prac, wyrażając mu wielkie uznanie.

W 1894 roku został mianowany prosektorem Szpitala Powszechnego we Lwowie, gdzie nabył wielkiego doświadczenia anatomo-patologicznego przeprowadziwszy około 7 tysięcy sekcyj naukowych. Równocześnie pełnił obowiązki kierownika stacji bakterjologicznej lwowskiej i zastępował Dr. Widmana na oddz. chor. wewnętrznych, zyskując sobie bardzo szybko rozgłos doskonałego diagnosty wśród szerokich warstw ludności Lwowa. To też nic dziwnego, że kiedy w 1897 r. mianowany został prymarjuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie, opuszczając Lwów pozostawił po sobie powszechny żal.

Prymarjusz Dr. Antoni Krokiewicz od 1897 r. do czerwca b. roku t. j. przez 34 lata, prowadził oddział chorób wewn. Państwowego Szpit. św. Łazarza w Krakowie, dzieląc się swą ogromną wiedzą z blisko ½ tysięcznym zastępem lekarzy praktykantów i hospitantów. Mając bogate doświadczenie anatomopatolog., tak ważne dla internisty, stawiał prymarjusz niezwykle trafne rozpoznania, czego dowodem są wyniki sekcji anatomopatolog. chorych zmarłych na oddziale, prawie zawsze dokładnie potwierdzające rozpoznanie kliniczne. Był on wytrawnym nauczycielem, dobrym przyjacielem i szczerym doradcą lekarzy powierzonych jego opiece. Co dzień z gromadą swych lekarzy obchodził wszystkich chorych, badając, kontrolując wyniki leczenia, ucząc lekarzy. Mimo podeszłego już wieku w ostatnich latach nie oszczędzał się; obowiązek musiał być spełniony. Każdy chory musiał być przez prymarjusza zbadany jak najdokładniej. Lekarze podziwiali siłę, jasność myśli, znakomitą pamięć swego przełożonego, — i uczyli się od niego jak należy pracować dla dobra chorych.

Prymarjusz Krokiewicz wpajał w swych lekarzy, że powierzeni ich opiece chorzy są dla nich najwyższą świętością i ponad wszystko o nich dbać powinni.

A chorych tych przeszło przez oddział prymarjusza Krokiewicza wielu, bo przeszło 56 tysięcy!! Dla chorych prymarjusz był nietylko lekarzem, ale najlepszym opiekunem i ojcem. Obdarzony znaczną wrażliwością, umiał odczuwać nie tylko cierpienia fizyczne swych chorych, odczuwał on aż nazbyt silnie psychikę, potrafił stworzyć taki nastrój wśród chorych, umiał tak pocieszyć, taką wzbudzić nadzieję, że chorzy szczerze kochali swego dobroczyńcę.

Działalność naukowa prymarjusza Krokiewicza jest płodna i wszechstronna. Bardzo licznemi, bo około 140 drukowanemi pracami, rozprawami i sprawozdaniami obficie wzbogacił polską literaturę naukową lekarską.

Brak miejsca nie pozwala na wyliczanie tych wszystkich prac naukowych. Oprócz dziedziny bakterjologji (prace o cholerze i durze brzusznym) w szeregu prac omawiał tak ważne dziś i stale żywotne zagadnienia, jak nowotworów złośliwych w szczególności raka, oraz wiele studjów poświęcił problemowi gruźlicy, na polu leczenia której uzyskiwał swemi metodami leczniczemi doniosłe wyniki.

Ze szczerym żalem żegnają ustępującego Czcigodnego Prymarjusza Dra Antoniego Krokiewicza jego lekarze, wyrażając niepłonną nadzieję, że i nadal będzie służył im w potrzebie swoją olbrzymią wiedzą i tyloletniem doświadczeniem.

Z kraju.

Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych).

Nazwa chorób	Tydzień 27 od 28 VI do 4/VII 1931		Tydzień 28 od 5-11 VII 1931 r.		Tydzień 29 od 12 VII do 18 VII		Tydzień 30 od 19 VII do 25/VII	
	zach.	zgon.	zach.	zgon.	zach.	zgon.	zach.	zgon.
Dżuma	—	—	—	—	—	—	—	—
Ospa	—	—	1	—	—	—	1	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—	—	—	—	—
Dur brzuszny	216	19	253	13	258	14	259	13
Paradury	—	—	2	—	—	—	4	—
Dur plamisty	9	2	17	1	13	1	14	1
Dur powrotny	—	—	—	—	—	—	—	—
Czerwonka	12	—	17	—	27	6	51	7
Płonica	240	17	257	5	275	15	303	16
Błonica	142	8	194	4	161	12	163	11
Zap. op. mózg. (nagminne)	5	3	10	3	9	2	5	—
Odra	153	1	139	—	162	3	95	4
Róża	61	4	57	—	60	4	66	4
Krztusiec	101	4	88	9	125	3	119	2
Zimnica	8	—	7	—	4	—	7	—
Gorączka połogowa	26	8	25	5	18	5	39	10
Trąd	—	—	—	—	—	—	—	—
Jaglica	676	—	653	—	516	—	569	—
Wąglik	3	—	3	—	4	—	10	—
Nosacizna	—	—	—	—	—	—	—	—
Wiośnica	1	—	—	—	—	—	—	—
Wścieklizna	—	1	—	—	—	—	—	—
Zatrucie mięsne	—	—	8	—	—	—	13	—
Choroba Heine Medina	—	—	4	1	2	—	1	—
Twardziel	3	—	—	—	—	—	1	—
Inne choroby zakaźne	64	3	57	4	53	4	56	1

Ze świata.

W Nowym Yorku został niedawno ukończony największy szpital świata „Miasto medyczne", obejmujące szereg poszczególnych szpitali, instytutów naukowych i laboratorjów, na obszarze całej dzielnicy miasta, za cenę 220 miljonów złotych. W przyszłości będzie to jedyny szpital tego 10 miljonowego miasta, który wszystkim mieszkańcom udzieli przytułku, ponieważ wszystkie inne szpitale zostaną zlikwidowane.

Nagroda Luigi Devoto. Ku uczczeniu założyciela i kierownika kliniki dla chorób zawodowych w Medjolanie, profesora Luigi Devoto z okazji jego 25 letniego jubileuszu profesorskiego, stworzyli uczniowie nagrodę wysokości 10.000 Lirów, która co dwa lata ma być udzielona za najwybitniejszą pracę z zakresu schorzeń zawodowych. Tegoroczny konkurs uwzględni prace wydane od 1 stycznia 1930 do 31 grudnia 1931, ogłoszone w języku włoskim, niemieckim, francuskim, angielskim, albo hiszpańskim. Prace należy zgłosić do 31 grudnia 1931, w „R. Instituto Lombardo di Scienze e Lettere" w Medjolanie. Kandydaci niewłoscy winni załączyć wyciąg swej pracy, przetłumaczony na język włoski lub francuski.

Zmarli:

Dr. Wacław Kraszewski, wieloletni dyrektor Sanatorjum Związku Nauczycieli Polskich w Zakopanem zmarł tamże w dniu 3 października B. R. w 60-tym roku życia.

Redakcja otrzymała:

Bureau international du travail „Bibliographie d'hygiène industrielle". Vol. V, Nr. 2. 1931.

Czesław Gutry, „W sprawie udostępnienia prac naukowych". Odb. z Przeglądu historycznego, T. IX, z. 2.